

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Per 1 anno \$5\$000. Por 2 annos 40\$000.

Vol. XXV

Abril de 1933

N. 4

Do envenenamento elapineo em confronto com o chόque anaphylactico (*)

Prof. Vital Brazil

Director do Instituto Vital Brazil de Nictheroy

Dr. Vital Brazil Filho

Assistente

(Conclusão)

Kolmer admite estados allergicos por simples hypersensibilidade a agentes não proteicos, dividindo-os em naturaes e adquiridos e estados allergicos anaphylacticos, comprehendendo, nestes, todos os casos de hypersensibilidade aos agentes proteinicos ou derivados de proteina. A anaphylaxia pôde tambem ser natural ou adquirida. Na anaphylaxia natural são comprehendidos todos os casos, em que o tempo ou epocha da sensibilisação é desconhecida e tambem os que occorrem em individuos, que não receberam sόro anteriormente e bem assim certos casos de intolerancia a determinados alimentos. Anaphylaxia adquirida comprehende o typo commum, em que a sensibilisação do organismo se estabelece, em virtude da introducção, neste, de proteina estranha, constituindo a maioria dos estados anaphylacticos.

O chόque anaphylactico é a manifestação mais grave da anaphylaxia, podendo terminar pela morte. Caracterisa-se pela subta-niedade, com que se apresenta, muitas vezes em poucos minutos após

(*) O inicio do presente trabalho foi publicado em nossa ultima edição: XXV, 3, 185, março de 1933.

e mesmo durante a injeção de sôro. A invasão dos phenomenos anaphylacticos, diz Richet (10), é subita, em um minuto, algumas vezes em meio minuto, por vezes durante a propria injeção; muito raramente, o maximo dos efeitos verifica-se depois do sexto ou oitavo minuto. O professor Ramond (11) affirma que a forma anaphylactica tem um começo brutal, algumas vezes mesmo, por assim dizer apopletica. Besredka (12), em seu excellente livro, sobre o chôque anaphylactico, consigna que os phenomenos podem evoluir com uma intensidade particularmente inquietante, fazendo notar que o que os caracteriza é a rapidez com que se apresentam. Na estatistica organizada por Lamson (13) comprehendendo 44 casos fataes de chôque anaphylactico, até o anno de 1929, a morte occorreu dentro de poucos minutos; apenas em dois casos a sobrevivencia da victima alcançou o prazo, respectivamente, de 3 e 10 horas, não sendo, entretanto, consignada informação relativa ao inicio do incidente. Waldbott (14) registou, mais recentemente, nove casos fataes em que, ao lado do inicio dos primeiros symptomas, consigna o tempo em que a morte se verificou. Este trabalho confirma cabalmente a subniedade do chôque, pois, della se verifica que o inicio do accidente se deu, em todos os casos, de meio a seis minutos e que a morte se verificou entre cinco minutos e duas horas. O professor Garfield de Almeida (15), grande autoridade entre nós, pela longa experiencia que possui em materia de sorotherapia, assim se exprime, em seu excellente trabalho, sobre as molestias infecciosas, a proposito de accidentes anaphylacticos: "A uns, immediatos ou mesmo contemporaneos á injeção, subitaneos no seu apparecimento, generalizados nas desordens que acarretam, gravissimos, por vezes mortaes, na sua essencia, inevitaveis pela therapeutica, imprevisos e imprevisiveis, de pathogenia ainda não precisa, deverá caber a designação de accidentes do sôro".

Todos os autores estão de accordo na raridade extrema do chôque anaphylactico e mui principalmente no que diz respeito ao accidente fatal. A este respeito um de nós pôde dar testemunho pessoal. Sendo dos que assistiram os albores da sorotherapia, acompanhou, por dever do officio, com carinho, o seu pujante desenvolvimento. Durante a primeira invasão epidemica de diphteria em S. Paulo (1896) teve occasião de tratar por sôro, grande numero de creanças. Em 1899, com o apparecimento da peste em Santos, foi dos primeiros a usar do sôro anti-pestoso no tratamento dos doentes, acompanhando posteriormente, no Hospital de Isolamento da Capital paulista, as applicações de sôro que alli se faziam. Na qualidade de director de um Instituto de sorotherapia, acompanhou, com o maior cuidado, a noticia das applicações dos sôros que fabricava. Pois bem, em todas estas oportunidades, alcançando o periodo de alguns decennios, só teve occasião de observar dois casos de chôque anaphylactico, terminados, felizmente, pelo restabelecimento dos doentes.

Rebuscando o que entre nós se tem apurado, em relação a casos fataes por chôques anaphylacticos, encontramos no livro de Garfield de Almeida, referencia a quatro doentes de meningite cerebro espinhal, que após a injeção de sôro falleceram subitamente. E' bem conhecido da classe medica o caso do Dr. Fajardo, pela nota dolorosa deixada no nosso meio social, onde aquelle eminente clinico gozava de justa estima. Apesar de não ter encontrado trabalho algum referente áquelle caso, passado ha tantos annos (1906), julgamos interessante registrar aqui a nota do "Jornal do Commercio", noticiando o doloroso acontecimento. Escripita, por pessoa leiga em medicina, nos fornece informações de grande valor, para o diagnostico do caso. Eil-a:

"Jornal do Commercio - Quarta-feira, 7 de Novembro de 1906. — O Dr. Fajardo chegou ao seu escriptorio, á rua do Hospicio, como habitualmente fazia, ás duas horas da tarde.

Attendeu a diversos clientes, pela ordem numerica, até que chegou a vez do nosso companheiro de trabalho, Snr. Joaquim Lacerda, acompanhado de sua senhora, cliente do illustre clinico.

* * * * *

Depois o Dr. Fajardo voltando-se para sua cliente disse: "Tenha paciencia de esperar um pouco, porque preciso vaccinar-me agora. Tenho um doente suspeito de peste e convem acautelar-me."

Levantou-se, então, e convidou o nosso companheiro a entrar tambem no gabonete contiguo para assistir á vaccinação.

* * * * *

O Dr. Fajardo, depois, disse ao Sr. Lacerda que estava acentado a dois dias e que muito o incommodava uma irritação intestinal.

O nosso companheiro observou que não era prudente a vaccina naquella occasião, estando doente.

Retorquiu o digno medico que já estava habituado, sendo natural, no dia, seguinte, apparecerem-lhe dôres pelo corpo e mau estar geral.

Approximou-se do lavatorio, embebendo a ponta da toalha em agua fria, passou sobre o abdomen, esfregando o sabonete anti-septico, para depois enxugar a região, onde devia fazer a injeção.

Depois de ter desinfectado a seringa, quebrou os dois tubos contendo o sôro e a vaccina anti-pestosa, n'elles mergulhou a seringa, enchendo-a com dez grammas de liquido.

O Dr. Fajardo pedio ao nosso companheiro, para amparar a camisa junto ao peito, enquanto elle, de pé, de frente ao espelho, de novo desinfectava a região abdominal, applicando a agulha, que penetrou, quasi toda, na epiderme.

O Dr. Fajardo achou tão simples a operação, que não acceitou o conselho do Snr. Lacerda, para que a injeção lhe fosse ministrada pelo Dr. Carlos Seidl, que n'esse momento se achava n'uma das salas do consultorio.

Terminada a vaccinação, o Dr. Francisco Fajardo compoz o seu vestuario e voltaram ambos ao gabinete de consulta.

Eram 3 horas e 15 minutos da tarde.

Sentado á sua secretaria ouviu a cliente e acto continuo receitou por escripto. N'essa occasião a esposa do Snr. Lacerda voltou-se para o illustre clinico, dizendo:

— Doutor, o Snr. está muito pallido.

O creado, por sua ordem, havia trazido um copo d'agua.

O Dr. Fajardo, depois de beber uma pequena porção do liquido, indagou do nosso companheiro:

— Acha alguma cousa em mim?

— Sim, Doutor ; V. tem os olhos muito injectados e as orelhas muito vermelhas.

O Dr. Fajardo, muito pallido, na verdade apresentava algumas manchas no rosto.

Subitamente o Dr. Fajardo moveu-se na cadeira, agitado e declarou que se sentia mal. Levantando-se então passou para o quarto, onde estivera momentos antes e atirou-se á cama, com falta de ar.

Nessa occasião o nosso companheiro pediu a intervenção do Dr. Carlos Seidl, que correu em soccorro do seu collega.

O Dr. Fajardo soffria muito, esfregando as mãos sobre o coração, pedindo ar artificial, balbuciando, por vezes, o nome de sua amorosa esposa.

Os Drs. Seidl e Raul Leitão da Cunha, academico Octavio Ayres e os Snrs. Victorino Freire, F. Guimarães e Maximo Guimarães, socios da Drogaria Freire Guimarães, o capitão Albuquerque Bello, o nosso companheiro e outras epssoas presentes prestaram os serviços exigidos na occasião.

Cinco minutos depois de estar deitado o Dr. Fajardo perdera os sentidos.

A's 11 horas a agonia estava prestes a findar. O pulso do enfermo tornava-se cada vez mais fraco, mal se percebiam as suas pancadas. Poucos minutos depois, quatro precisamente, a vida se extinguiu n'aquelle corpo".

O caso do Dr. Fajardo é muito instructivo e pôde ser considerado, como typico de chôque anaphylactico, não só pela rapidez com que se apresentou, pela symptomatologia, como pelo antecedente de injeção anterior de sôro, segundo o depoimento de collegas que testemunharam áquelle doloroso accidente.

Outro caso foi o occorrido na Assistencia do Rio de Janeiro, no anno passado e de que tratou, perante a Academia Nacional de Medicina, em sua sessão de 20 de Agosto de 1931, o illustre collega Dr. Roberto Freire. Eis como se passou o caso:

Um operario da Prefeitura, tendo-se ferido, foi á Assistencia. A natureza do ferimento implicava na necessidade de ser dado o sôro anti-tetanico. Sabia-se, porém, que esse operario, havia, quatro annos antes, recebido uma injeção de sôro. . N'estas condições, foi-lhe feita somente uma injeção de dois centimetros cubicos de sôro anti-tetanico. Acabada a injeção, o operario retirou-se, foi a um café, esteve conversando na portaria do Posto Central e, em seguida, tornou para sua officina. Passados mais de quarenta minutos, chamado para attender a um individuo que entrava agonisante na Assistencia, o Sr. Freire desceu, encontrando na sala de repouso, o operario, cyanotico, sem pulso, sem respiração. Indagando do caso, foi informado do que se havia passado. Tudo quanto foi possivel, empregou-se para conseguir reanimar o operario. Tudo inutil. A necroscopia foi feita pelo Dr. Lutz, que encontrou angioesclerose generalizada, arterioesclerose da aorta e das arterias coronarias e ainda congestão do figado e dos rins, oedema e congestão dos pulmões.

O Dr. R. Freite, accentuando a raridade com que occorrem taes accidentes, refere que, durante os vinte quatro annos de existencia da Assistencia, e com um activo de duzentas mil applicações de sôro, entre os quaes deve-se contar, pelo menos, com duzentas de repetição dentro do periodo de sensibilização, apenas dois casos de morte foram registados.

Além dos casos acima referidos, devemos registar mais um occorrido, na Assistencia desta Capital, o qual foi communicado á Socie-

dade Fluminense de Medicina, pelo Dr. Mullulo da Veiga, a cuja gentileza devemos os termos da nota sobre o referido accidente:

A 15 de Setembro de 1929, apresentou-se no posto central da Assistencia, J. D., de 54 annos, casado, residente n'esta Capital, solicitando cuidados medicos por ter sofrido, em sua residencia, um accidente, de que resultára pequena ferida contusa na região frontal. Pensado em curativo simples, foi-lhe offerecida a applicação de sôro anti-tetanico, acceita sem a menor difficuldade. Tendo-lhe indagado si já havia recebido, anteriormente qualquer injectão de sôro, respondeu negativamente, recebendo, então, na região deltodiana esquerda, 1500 unidades, depois do que sahio tomando um automovel. Passados tres minutos regressava o paciente ao "Posto" por se sentir mal. Ao descer do carro, já cambaleava, apresentando os seguintes symptomas: *facies* vultuoso, olhos esbugalhados, *physionomia* angustiosa, *dyspnêa* intensa, suores profusos, sede, mal estar gastrico, tonturas, pulso imperceptivel, além de oedema dos dedos, mãos e labios; *lipothymias*, etc. N'um serviço que já contava 8 annos de existencia e com um activo de 16.000 injectões prophylacticas de sôro anti-tetanico, era o primeiro caso de choque anaphylactico. Durante 40 minutos esteve o paciente entre a vida e a morte. Depois os symptomas foram se attenuando progressivamente, até que, ao fim de tres horas, poudo o enfermo retirar-se em ambulancia para sua residencia.

Si do que foi observado em nosso paiz, passarmos ao exame da literatura estrangeira, encontramos material muito mais abundante e principalmente muito melhor documentado. Ao consignarmos os diferentes artigos, registando os dados referentes a symptomatologia e lesões do chόque anaphylactico, que nos servirão de termo de comparação com o caso que estudamos, não perderemos de vista as sabias considerações dos diferentes autores, embόra estranhas ao nosso objectivo principal.

Em 1922, Dean (16) publicou o seguinte caso fatal de chόque anaphylactico, fazendo sobre o mesmo interessante estudo anatomo-pathologico:

O paciente, soldado de 22 annos, morre em 70 minutos, em consequencia do choque anaphylactico, após uma quarta inoculação de anti-toxina tetanica. Todas as quatro inoculações foram feitas pela via sub-cutanea. O volume do sôro inoculado cada vez, foi de 5 cc. Os intervallos, entre as inoculações, foram de 5, 16 e 12 dias. O paciente tolerou, perfeitamente bem, as primeiras inoculações. Após a ultima, os symptomas foram immediatos. Apresenta cyanose e vomitos. A cyanose augmenta, respiração difficil, secreção mucosa na porção superior do apparelho respiratorio e pulso imperceptivel. Foram feitas injectões de ether, massagens na região precordial e aquecimento das extremidades. Respiração artificial durante 20 minutos: Oedema dos labios e palpebras.

Após 20 minutos, a respiração recommçou e continuou pelo espaço de uma hora. Durante este periodo, não se conseguiu ouvir os batimentos cardiacos. Morte em 70 minutos.

A necroscopia, realizada na tarde do mesmo dia, revelou o seguinte:

Cerebro: — Veias superficiaes com sangue, não sendo observadas outras modificações no encephalo e meningeas.

Não havia excesso de liquor nos ventriculos e espaços sub-arachnoideos.

Boca e pescoço: — Amygdalas augmentadas. Esophago normal. Larynge e trachêa congestas, contendo grande quantidade de muco. Ganglios lymphaticos do pescoço augmentados, pallidos e molles.

Thorax: — Pericardio continha um pouco de liquido claro. Coração e grandes vasos, normaes. Não se verificou vestigio de tecido tymico.

Pulmão : — A não ser uma ligeira congestão da porção posterior dos lobos inferiores, os pulmões apresentavam-se aparentemente normaes. Verificou-se numerosos ganglios no mediastino, pallidos e molles.

Abdomen : — Esophago e intestino normaes. Fígado de coloração avermelhada, parecendo conter excesso de sangue. Baço de aspecto normal. Supra renaes e pancreas normaes. Rim esquerdo, uretères, bexiga, prostata e testículos normaes.

O rim direito apresentava adherencias á parede abdominal posterior (explicavel por ferimento anterior na loja renal).

Numerosos ganglios lymphaticos foram encontrados no mesenterio e ao longo do trajecto da aorta abdominal.

VERIFICAÇÕES ANATOMO-PATHOLOGICAS : — *Fígado* - Vaso-dilatação, estando os vasos cheios de sangue. As cellulas hepaticas apresentam alterações accentuadas. Em certos pontos o cytoplasma apresenta-se granular e os nucleos coram-se mal. Outros pontos apresentam modificações mais adeantadas. As cellulas parecem entumecidas e vasias. Em muitas, nota-se o desaparecimento do nucleos. A produção de modificações tão accentuadas no curto periodo de 70 minutos é notavel.

Pulmão : Verifica-se uma dilatação irregular dos capillares. Em certos pontos, os alveolos estão retrahidos, em outros dilatados.

Coração : — Aspecto normal. Ligeira dilatação dos capillares. Alguns dos pequenos vasos apresentam augmento do numero de leucocyots.

Pancreas : — Vasos cheios de sangue e ligeira dilatação dos capillares. Alguns vasos e capillares, porém nem todos, apresentam um grande numero de leucocyots. Não se verificam outras alterações.

Baço : — A polpa esplenica apresenta um pouco mais de sangue que normalmente. O grão de congestão é ligeiro.

Estomago : — A porção cardiaca do estomago apresenta capillares dilatados na mucosa e sub-mucosa. A porção pylorica apresenta-se normal.

Rins : — Ligeira dilatação dos capillares. Aspecto normal.

Testiculo. - *Suprarenaes*, *Thyroides* e *Prostata* — Aspecto normal.

Ganglios lymphaticos : — Congestão dos capillares. Lesões proprias ás infecções chronicas (hyperplasia do tecido lymphoide).

Pela symptomatologia apresentada pelo paciente e pelo estudo anatomo-pathologico conclue o autor.

O exame macro e microscopico do fígado foi identico ao descripto por Weil, em cães mortos, por chόque anaphylactico de forma aguda. Parece provavel que, no caso em apreço, a modificação primaria e essencial foi no *fígado* e que a quédia da pressão arterial foi consequente á vaso dilatação dos capillares hepaticos. Estes continham grande numero de leucocyots. Houve accumulo de leucocyots, nos capillares pulmonares e um numero excessivo delles foi observado em alguns dos capillares do coração, estomago, pancreas e baço. Na anaphylaxia experimental do coelho, uma leucopenia já foi assignalada por Andrews, e interpretada, pelo mesmo autor, como consequente ao accumulo de leucocyots nos capillares pulmonares; 12 % dos leucocyots nos capillares hepaticos eram eosinophylos. A associação da eosinophylia a certos estados allergicos, urticaria, asthma, já está bem estabelecida.

A observação feita no "caso", corrobora a opinião de Weil, que a dilatação dos capillares hepaticos é um factor importantissimo nos estados anaphylacticos no homem.

Mendeloff (17) regista o seguinte caso de anaphylaxia fatal consecutiva a injeção endovenosa de soro anti-meningococcico:

W., soldado, 25 annos, deu entrada na clinica hospitalar com todo o quadro clinico de uma meningite cerebro-espinhal. O exame bacteriologico do liquor revelou a presença do microorganismo de Weichselbaum. Retirou-se por punção lombar cerca de 30 cc. de liquor e inoculou-se na rache 30 cc. de soro especifico (Rockefeller). Como o estado infeccioso do doente peorasse, decidiu-se a inoculação de soro na veia. Um interrogatorio cuidadoso revelou que o doente jamais soffrera de asthma e que embora sempre trabalhasse com cavallos, nunca teve manifestações allergicas.

Inicia a desensibilização, inoculando-lhe 0,5 cc. de soro anti-meningococcico pela via sub-cutanea; em poucos minutos cinco marcas de urticaria appareceram, tres no abdomen e uma em cada axila.

A outra dose de 1 cc. foi dada, $\frac{1}{2}$ hora mais tarde, sem que o doente apresentasse symptomas. Dois centimetros cubicos foram dados, em outra $\frac{1}{2}$ hora e 5 cc. em outra $\frac{1}{4}$, sem symptomas de urticaria ou outro qualquer symptoma. Foi então inoculada, na veia, a dose de 30 cc. de soro anti-meningococcico diluidos em 60 cc. de soluto salino: addicionou-se ao soro 1 cc. de adrenalina. Quando já havia inoculado 60 cc. o doente apresentou pulso irregular, extremidades frias, humidas e cyanose.

A inoculação foi sustada immediatamente e foram feitas injeções de adrenalina cafeina, massagens na região precordial, etc. Morte immediata.

NECROSCOPIA: — Exsudato sero-purulento na cortex cerebral. Seios normaes. Esfregaços, revelaram a presença do microorganismo de Weichselbaum. Medulla oedemaciada e envolvida por exsudato purulento. Havia um tymo augmentado, hyperplasia do baço, com augmento dos corpos malpighianos. Aorta pequena. Numerosas petechias no intestino delgado.

E' de Lee (18), a seguinte observação de um caso de anaphylaxia fatal, por inoculação de hemoplastina:

P., 32 annos, multipara, teve um delivramento espontaneo de feto; a placenta com hemorrhagia post-partum persistente. Pituitrina e ergotina não deram resultado: a compressão uterina foi mais satisfactoria. Na remoção das gazes, 18 horas mais tarde, não se notou sangue. Lochios abundantes, e como se mantivessem avermelhados, ainda no 7.º dia, foi resolvida a inoculação de hemoplastina Park Davis 4 cc. pela via subcutanea, na coxa direita. Dentro de um, ou um e meio minuto, a doente apresenta collapso, leva a mão á região precordial, exclamando, em voz alta, não poder respirar. Embora soccorrida immediatamente, teve morte quasi que immediata. Após a morte, o marido da doente informa que a mesma soffria de asthma, e que os ataques eram sempre desencadeados pela aproximação de cavallos. A necroscopia não foi permittida.

Lowens, Harry (19) relata dois casos de chόque, um dos quaes fatal. O primeiro occorreu após a inoculação de 2,5 cc. de anti-toxina-escarlatinica, com o fim prophylactico e deu lugar a morte dentro de meia hora.

O segundo caso foi consecutivo a injeção de 1.500 unidades de anti-toxina tetanica. Houve reacção muito accentuada, logo após a injeção (15 minutos). Houve entumecimento immediato das mucosas, oedema da glotte, tendo o doente, um menino de 9 annos apresentado um quadro caracteristico de chόque anaphylactico. Após uma injeção de adrenalina, o paciente restabeleceu-se lentamente.

Em ambos os casos, os pacientes estavam sensibilizados á proteína de cavallo.

Blanckenhorn (20), refere um caso de chόque anaphylactico que offerece, segundo o mesmo autor, interesse pelas razões seguintes:

- 1.º) — Por apresentar o paciente septicemia pneumococcica, (germe typo I) consecutiva a pneumonia lobar.
- 2.º) — Por tornar-se o paciente extremamente sensivel a proteína 16 dias depois de uma primeira injeccão, sensibilização esta que não foi evidenciada pela prova cutanea.
- 3.º) — Pela falha da desensibilização.

O paciente, com 30 annos de idade, deu entrada no Hospital de Lakeside, com uma pneumonia lobar. No 5.º, 6.º e 7.º dias da doença recebeu na veia 100 cc. de sόro anti-pneumococcico : não apresentou a menor reacção na occasião da inoculação.

No 21.º dia da doença, foi resolvido fazer-se nova injeccão de sόro : embora a prova intracutanea, para a verificação da sensibilidade, fosse negativa, resolveu-se tentar a desensibilização, pela inoculação de pequenas doses de sόro, pela via sub-cutanea, durante 2 horas. O numero de inoculações realizadas neste prazo foi de 7 e o volume total inoculado de 5 cc. O paciente supportou, perfeitamente, as inoculações, sendo então resolvida a administração do sόro pela via venosa. Ao serem inoculados, na veia, apenas 5 cc., o doente apresenta symptomas graves de chόque. Nas 24 horas seguintes, tentou-se nova desensibilização com o mesmo methodo e nova tentativa de inoculação venosa foi feita. Porém, o paciente apresentou novamente symptomas graves de chόque. A morte verificou-se em consequencia da propria infecção.

Sobre a questão da falha da desensibilização. o Dr. Ecker do Departamento de Pathologia, sciente do caso em questão, fez o commentario seguinte:

O problema da desensibilização ainda não está resolvido. A maior parte dos trabalhos experimentaes, realizados sobre a questão, foram feitos em cobaios, que respondem á desensibilização pela inoculação de proteína homologa. Besredka mostrou que cobaios ficam desensibilizados, pela sub-cutanea após 4 horas, pela via peritoneal em 2 horas, e pela via venosa ou cerebral immediatamente. Os estudos de Arthus demonstraram que os coelhos e gallinhas portam-se de modo diverso. No coelho, não sómente a desensibilização falha, durante a anesthesia pelo ether ou chloroformio, como tambem o mesmo animal restabelecido de chόque, apresenta nova crise á nova inoculação de proteína. Temos egualmente presenciado chόques em gallinhas restabelecidas de crises anaphylacticas 4 dias antes. No caso em estudo, não só a desensibilização falhou, como tambem o proprio chόque e uma 2.ª desensibilização não anularam a sensibilidade do individuo á inoculação da proteína estranha.

Assim, é de presumir-se que, em alguns casos, o resultado da desensibilização no homem, possa ser comparavel ao que se observa em coelhos, gallinhas e possivelmente em cães.

Até que ponto o estado particular do individuo possa influenciar sobre o estado anaphylactico é de previsão difficil.

Lamson (21) em dois artigos publicados no mesmo anno (1929), estuda, de modo magistral, a anaphylaxia, passando em revista grande numero de casos fataes, Eis em resumo o que diz este grande observador:

"O anno de 1894 marca o inicio da sorotherapia anti-diphtherica; embora a sua vulgarisação se realizasse alguns annos mais tarde, outros anti-sôros foram produzidos e outras methods de sorotherapia especifica foram recommendados. Durante o ultimo decenio o emprego de sôros e proteínas estranhas têm crescido enormemente. Durante o desenvolvimento da sorotherapia alguns accidentes sérios e fataes têm sido observados. Um numero de casos fataes têm sido relatados na literatura, e muito provavelmente alguns occorreram e não ficaram registados. Poucas tentativas foram feitas para catalogar e registar taes accidentes. Encontra-se o trabalho de Gottstein com 12 casos fataes. Rosenau e Anderson apresentam 19 casos. Gillette revio a literatura e incluiu algumas observações não publicadas, relatando um total de 16 casos fataes. Esses numeros não correspondem bem á realidade, pois em muitos casos verifica-se que a morte não resultou da proteína estranha inoculada; alguns casos foram mesmo relatados em duplicata. No estado actual da questão seria bastante interessante a avaliação da percentagem de accidentes sobre o numero total de pessoas tratadas por sôro ou qualquer proteína estranha; Parker estudou estatísticas, com grande numero de pacientes tratados por antitoxina diphtherica verificou que a percentagem de accidentes era de 1 para 70.000 pessoas. Taes estatísticas, abrangendo um total de 350.000 pessoas tratadas por sôro, são de grande valor, e indicam plenamente a possibilidade numerica de taes accidentes. Existem numerosos casos de morte subita relatados, nos quaes se verificam signaes clinicos mais ou menos analogos aos occasionados pela inoculação de proteína estranha.

Richardson cita um caso de morte subita consequente ao uso de ether por occasião de uma pequena intervenção cirurgica. A necroscopia revelou augmento do tymo e dos ganglios mesentericos e cervicaes. Outro caso de "morte tymica" (thymic death) é relatado por M. S. Smith em creança de 8 mezes; esta apresentou cyanose dos labios e extremidades frias. A necroscopia revelou um tymo pesando 28 grs.

McIntyre descreve um caso semelhante em creança de 3 mezes. A creança teve um espasmo subito e morte immediata. A necroscopia revela um tymo muito augmentado. Os antecedentes familiares do caso revelaram que um irmão de 6 mezes teve morte identica. Pappenheimer revio 5 casos de morte idiopathica associada á um "status lymphaticus".

Os casos de edema-angio-neurotico, especialmente quando envolve a parte superior do aparelho respiratorio, podem ter morte subita com syndroma clinico identico a accidente por inoculação de

sôro. Halted descreve um caso de edema-angio-neurotico em paciente durante 16 annos. Subitamente o paciente tenta falar e não consegue; leva a mão á garganta, torna-se cyanotico e morre quasi que immediatamente.

As mortes subitas devidas ao assim denominado "reflexo pleural" são relativamente raras, porém de importancia, pois o seu mecanismo ainda não se acha bem averiguado. Diz o autor evitar o emprego do termo *anaphylaxia* por julgar a palavra empregada de modo muito extenso. Segundo a definição de Zinsser a *anaphylaxia*, é uma verdadeira reacção antigenio-anticorpo na qual a substancia provocadora é indubitavelmente o antigenio. Em estreita relação com a *anaphylaxia* colloca aquelle autor a doença do sôro, idiosincrasias alimentares, e febre do feno. A verdadeira reacção *anaphylactica* é especifica, e um individuo pôde estar sensibilizado a varios antigenos simultaneamente.

No homem os symptomas clinicos dos accidentes sericos, ou os occasionados pela inoculação de proteina estranha podem se enquadrar em *signaes cutaneos*, urticaria e perturbações no aparelho respiratorio. O individuo pôde apresentar somente um dos typos desses symptomas ou simultaneamente mais de um. Assim, individuos sensiveis a morangos reagem ao menor contacto de antigeno apresentando signaes cutaneos, sem perturbações para o lado do aparelho respiratorio, enquanto que individuos, sensiveis ao odor de cavallo, apresentam accessos astmaticos, desacompanhados na maioria dos casos de signaes cutaneos. As manifestações allergicas não dependem da via da introdução da substancia excitante; esta pôde dar logar ao mesmo syndroma, quando introduzida, quer pela via digestiva, quer pela via parenteral.

Longcope pensa que individuos sensibilizados articialmente á proteina equina, muito excepcionalmente, apresentam accessos astmaticos á proximidade de cavallos. Interessante é registrar o caso de Ramirez, relatado por Zinsser, Carrington e Lee e outros, de individuo até então não sensivel a emanções equina, apresentar accesso astmatico typico, duas ou tres semanas após ter recebido sangue de individuo em estado allergico a cheiro de cavallo.

A maioria de individuos que recebem uma unica dôse de proteina estranha não apresenta alterações locais ou geraes immediata: seis a oito dias mais tarde, apresentam symptomas peculiares á doença de sôro, urticaria, febre, etc. Uma segunda inoculação 2 ou mais semanas após a primeira pôde dar logar á uma reacção geral e immediata. Esta reacção pôde ser severa, porém segundo as estatisticas de Park, a morte quasi nunca ocorre quando a inoculação é pela via sub-cutanea.

Algumas observações clinicas parecem mostrar que accidentes *anaphylacticos* nunca occorrem em individuos com diphtheria; esta

questão foi estudada experimentalmente por Bronfenbrenner e Schlesinger, que verificaram em cobaios alguma tolerancia á anaphylaxia durante a intoxicação diphterica.

Apresentamos uma estatística de 41 casos em que a morte seguiu-se á inoculação de proteínas estranhas. Estes casos occorreram num periodo de 2 annos. De 1910 a 1924, data da publicação do trabalho, somente foram registrados 17 casos. (Ver Quadro n. 4).

Neste quadro estatístico o autor consigna os dados informativos relativos ao nome do observador, o lugar em que foi publicada a observação, o anno em que foi feita, o paiz em que se deu o accidente, a idade e sexo do paciente, os antecedentes do caso, a proteína injectada, a quantidade ou dόse desta, o uso a que se destinava, o tempo em que se verificou a morte, symptomas, lesões e outras circumstancias.

Aos 41 casos do quadro em questão é preciso addicionar mais tres, registrados em 2.^o artigo do mesmo autor e de que trataremos mais adeante.

O primeiro caso observado foi o de Klotz, na Allemanha em 1895, um anno depois da descoberta da sorotheapia, seguindo-se depois 2 casos em 1896, 2 em 1898, 1 em 1902, 2 em 1905, 3 em 1907, 3 em 1908, 10 em 1909, 1 1910, 1 em 1911, 2 em 1914, 1 em 1915, 1 em 1916, 2 em 1918, 2 em 1919, 1 em 1920, 4 em 1922, 2 em 1924.

Segundo o paiz, em que occorreram os accidentes, verifica-se que foram os Estados Unidos, o paiz que maior numero de casos registou (30) seguindo-se a Allemanha e a Inglaterra, com igual numero (5) e a India com 1 apenas.

Quanto a idade, verifica-se que o numero de creanças accidentadas foi um pouco maior do que o de adultos. Quanto aos antecedentes familiares de allergia foram de 17 positivos, para 24 negativos.

Os casos de anaphylaxia adquirida, por injectão de proteína estranha, foram 10 positivos para 21 em que o estado allergico era natural ou determinado por outras causas.

Na quasi totalidade dos casos, a morte deu-se em poucos minutos.

Os symptomas mais frequentemente assignalados foram, pallidez, entumecimento da face, convulsões, syncope respiratoria, vomitos, queda da pressão arterial, anciedade, perda da consciencia, urticaria, prurido, oedema da face, labios, pescoço e mucosas e dilatação pupillar.

As alterações anatomo-pathologicas mais frequentes foram o emphysema pulmonar, oedema e congestão do pulmão, em certos casos e congestão hepatica com dilatação dos vasos deste órgão.

QUADRO IV

CASOS EM QUE A MORTE FOI DEVIDA DIRECTA

(LAMSON, R. W. — "Sudden death associated with the injection of

CASO RELATADO POR	ANNO	Local	Idade	Sexo	Antecedentes	
					ASTHMATICO	PROTEINA INOCULADA
KLOT, O.: "Montreal M. J.", 36: 615, 1907. — GILLETTE: "New-York State J. Med.", 9: 373, 1909.	1895	Allemanha	2 annos	masc.	asthma	negativo
DOOGIE, A. C.: "Pediatrics", 2: 12, 1896.	1896	New-York	3 annos	masc.	negativo	negativo
TAYLOR, J. L.: "J. A. M. A.", 26: 687 (April 4), 1896; "Brit. M. J.", 1: 1051, 1896	1896	Oregon	15 annos	masc.	negativo	negativo
NIFONG: "Abstr.", 1898 — "Otol., Rhinol. & Laryngol.", 7: 565, 1898.	1898	Estados Unidos	15 annos	masc.	negativo	negativo
THUN — relatado por KLOTZ.	1898	Allemanha	3½ annos	?	negativo	negativo
SAWARD, H. M.: "Brit. M. J.", 1: 1.025, 1902.	1902	Inglaterra	Puberdade	femin.	negativo	negativo
KORTRIGHT, relatado por HOLSTEDT, T. H.: "Am. J. M. Sc.", 130: 863, 1905.	1905	New-York	16 annos	femin.	negativo	negativo
APFLEGATE, relatado por HALSTED.	1905	Estados Unidos	4 annos	femin.	negativo	negativo
DREYFUS, J.: "Munchen. med. Wehnschr.", 59: 198, 1912.	1907	Allemanha	7 annos	femin.	negativo	antitoxina diphtheriae, um anno antes
GILLETTE, H. F.: "J. A. M. A.", 50: 40 (Jan. 4), 1908	1907	New-York	52 annos	femin.	asthma	negativo

OU INDIRECTAMENTE A' PROTEINA INOCULADA

foreign substances." — "J. A. M. A.", 1924, 82, n.º 14, pag. 1.041)

Proteína injectada	Quantidade	Uso	Morte em	Commentarios
antitoxina diphtherica	1,2 cc.	Prev.	10 minutos	A necroscopia revelou um tymo augmentado.
antitoxina diphtherica	10 cc.	Trat.	10 minutos	Caso possivel de diphteria. Nada de anormal na necroscopia.
antitoxina diphtherica	?	Prev.	5 minutos	Entumecimentos dos labios logo após a inoculação do sêro.
antitoxina diphtherica	4 cc.	Prev.	35 minutos	10 minutos após a inoculação torna-se pallido, mais tarde cyanotico: entumecimento da face.
antitoxina diphtherica	?	Prev.	6 horas	Uma hora após a injeção torna-se inquieto, pallido e extremidades frias: não apresentou difficuldades na respiração.
antitoxina diphtherica	1.500 unidades	Trat.	30 minutos	O doente apresentava diphteria grave. Teve morte subita por syncope.
antitoxina diphtherica	10 cc.	?	8 minutos	A inoculação foi feita no lado direito do abdomen: 5 minutos após apresentava-se inquieto, e a seguir convulsões tónicas e clónicas: opisthotonus, cyanose e syncope respiratoria. Necroscopia: Congestão hepatica, renal e do cerebro.
antitoxina diphtherica	15 cc.	Trat.	3 horas	1 hora após a inoculação; torna-se inquieto, perde a visão e morre em convulsões.
antitoxina diphtherica	?	Trat.	15 minutos	Inoculação na parte superior do braço: 1 a 2 minutos mais tarde mal estar geral, vomitos, espasmos nos braços e pernas, queda do pulso radial, inconsciencia e morte.
antitoxina diphtherica	2.000 unidades	Trat. de asthma	5 minutos	O sêro foi inculado sob a região escapular esquerda. Sentiu logo ansiedade e teve morte precedida de um espasmo tonico. A necroscopia revelou um pulmão augmentado. Attribuiu-se a morte a um "status lymphaticus".

(Continúa)

(Continuação)

CASO RELATADO POR	ANNO	Local	Idade	Sexo	Antecedentes	
					ASTHMATICO	PROTEINA INOCULADA
HUGHES, R. E.: "J. S. Carolina M. A.", 3: 337, 1907.	1907	Carolina do Sul	29 annos	femin.	nervoso	negativo
BOONE, E. L.: "J. A. M. A.", 50: 453 (Feb. 8), 1908.	1908	Virginia	10 annos	femin.	negativo	negativo
GRUNBAUM, A.: "J. Hyg.", 8: 9, 1908.	1908	?	31 annos	femin.	tuberculose	19 inoculações de soro anti-tuberculoso
WILEY, S. N.: "J. A. M. A.", 50: 137 (Jan. 11), 1908.	1908	Pennsylvania	34 annos	masc.	asthma equina	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	14 annos	masc.	asthma bronchica	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	13 mezes	?	negativo	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	15 annos	masc.	negativo	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	adulto	masc.	asthma severa	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	adulto	?	asthma bronchica	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	13 annos	femin.	negativo	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	33 annos	femin.	asthma	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	30 annos	masc.	asthma severa	negativo
GILLETTE.	1909	Estados Unidos	7 annos	masc.	negativo	negativo

Proteína injectada	Quantidade	Uso	Morte em	Commentarios
antitoxina diphtherica	1.000 unidades	Prev.	35 minutos	6 a 8 minutos após a inoculação queixa-se de prurido e apresenta immediatamente urticaria: náuseas, vômitos, convulsões e morte.
antitoxina diphtherica	4.000 unidades	Trat.	6 minutos	Sôro inoculado na região escapular: immediatamente sente afflicção na garganta, tosse e fica cyanotico, pupillas dilatadas e a respiração cessa após uma convulsão.
Sôro anti-tuberculozo	4 a 9 cc.	Trat.	5 minutos	Apresentou cyanose, vômitos, e perda da consciencia; morte consecutiva.
antitoxina diphtherica	1.000 unidades	Prev.	5 minutos	A agulha foi introduzida 3 a 4 pollegadas no lado direito do abdomen: logo a seguir sente prurido e afogamento do rosto: respiração difficulosa e edema da face, labios e pescoço.
antitoxina diphtherica	2.000 unidades	Trat.	5 minutos	(diagnostico: diphtheria).
antitoxina diphtherica	600 unidades	Trat.	10 horas	(Diagnostico: diphtheria).
antitoxina diphtherica	2.000 unidades	Trat.	10 minutos	Logo após a inoculação do sôro apresenta a face vermelha e a respiração cessa; a respiração artificial e a tracheotomia não dão resultado.
antitoxina diphtherica	?	Trat. asthmatico	5 minutos	Medico que inocula o sôro em si proprio: apresenta edema, urticaria e syncope respiratoria.
Sero normal	?	Trat. asthmatico	6 minutos	Asthma bronchica tratada com sôro resultou na morte provocada pela reacção habitual.
antitoxina diphtherica	3.000 unidades	Trat.	10 minutos	Caso de diphtheria: o sôro injectado no musculo deu lugar á morte.
antitoxina diphtherica	2.000 unidades	Trat.	5 minutos	Caso de diphtheria benigna: á inoculação seguiu-se edema e syncope respiratoria.
antitoxina diphtherica	2.000 unidades	Trat. asthmatico	30 minutos	A' inoculação do sôro seguiu-se edema da face e mucosas. Pulso perceptivel após a parada da respiração.
antitoxina diphtherica	?	Prev.	5 minutos	Criança forte e com boa saude.

(Continúa)

(Continuação)

CASO RELATADO POR	ANNO	Local	Idade	Sexo	Antecedentes	
					ASTHMATICO	PROTEINA INOCULADA
LONDON LETTER, "J. A. M. A.", 52 : 223 (Jan. 16), 1909	1909	Estados Unidos	18 annos	masc.	asthma	negativo
Observação pessoal "LAMSON"	1910	Estados Unidos	14 annos	masc.	asthma	negativo
Observação pessoal "LAMSON"	1911	Estados Unidos	17 annos	masc.	negativo	negativo
HEURNER, relatado por GUNO : "Deutsch. med. Wachschr.", 40 : 1 017, 1914.	1914	Allemanha	7 annos	masc.	negativo	antitoxina diphteria 3 semanas ½ antes
KOCH.	1915	Allemanha	6 annos	masc.	negativo	antitoxina diphteria e soro anti-estreptococcus
GURD, FRASER AND ROBERTS : "Lancet", 1 : 763 (April 3), 1920.	1916	Inglaterra	30 annos	femin.	negativo	negativo
CARR.	1918	Estados Unidos	?	femin.	asthma	negativo
CECIL, R. L. : "New-York M. J.", 57 : 1 003, 1918.	1918	New-York	?	femin.	negativo	prova cutanea com soro anti-pneumococcus
WAUGH	1918	Inglaterra	17 annos	masc.	negativo	antitoxina diphteria (10 annos antes)

Proteína injectada	Quantidade	Uso	Morte em	Commentarios
antitoxina diphtherica	?	Prev.	10 minutos	O uso da antitoxina deu lugar a forte reacção: o doente caiu da cadeira e morreu: a necroscopia revelou nos pulmões e cavidades cardiacas, signaes de um espasmo subito e violento.
antitoxina diphtherica	750 unidades	Prev.	20 minutos	O paciente recebeu na mesma occasião que 100 outros meninos uma inoculação prophylactica: reagiu intensamente: a necroscopia revelou um tymo augmentado.
antitoxina diphtherica	500 unidades	Prev.	10 minutos	Inoculação no deltoide: logo após, ansiedade, cyanose, inconsciencia. A necroscopia revela um augmento dos pulmões e tymo. (A morte foi filiada á um "status lymphaticus").
antitoxina diphtherica	4.000 unidades	Trat.	10 minutos	Paciente com anemia grave e pseudoleucemia. Recebe a inoculação na veia. Torna-se inquieto, apresenta vomitos e bradpneá.
Séro anti-streptococcico	10 cc.	Trat. de escarlatina	2 minutos	Recebe 5 cc. de séro pela via sub-cutanea: 5 horas mais tarde 10 cc. do mesmo séro na veia, que foi acompanhada de prurido na face, pupillas dilatadas, cyanose e syncope respiratoria. A necroscopia revelou emphysema pulmonar.
antitoxina tetanica	5 cc.	Prev.	24 ½ horas	Paciente ferido por bomba: recebe séro pela via sub-cutanea: 2 horas após começa a vomitar, emite fezes com sangue, apresenta cyanose, e inquietação. O paciente nos seus antecedentes apresenta historia de vomitos e diarrreia sanguinolenta.
antitoxina diphtherica	1.000 unidades	Trat.	10 minutos	5 minutos após a inoculação apresenta-se inquieto. Morte por syncope respiratoria.
Séro anti-pneumococcico	?	Trat.	10 minutos	A inoculação do séro foi feita 2 semanas após á prova intra-cutanea: o paciente torna-se cyanotico, sente vertigem, e difficuldade na respiração. Pulso rapido e imperceptivel.
antitoxina diphtherica	4.000 unidades	Trat.	10 minutos	Apresentou cyanose e difficuldade respiratoria. — A necroscopia revelou estase sanguinea generalizada e congestão pulmonar.

(Continúa)

(Continuação)

CASO RELATADO POR	ANNO	Local	Idade	Sexo	Antecedentes	
					ASTHMATICO	PROTEINA INOCULADA
BOUGHTON.	1919	Estados Unidos	27 annos	masc.	asthma equina	negativo
McCALLUM, A. D.: "Brit. M. J.", 2: 506 (Nov. 8), 1919	1919	Inglatterra	8 annos	masc.	negativo	negativo
SUDLER, M. T.: "J. A. M. A.", 75: 176 (July 17), 1920	1920	Estados Unidos	57 annos	masc.	negativo	producto biologico
DEAN, H. R.: "J. Path. & Bacteriol.", 25: 305 (July), 1922.	1922	Inglatterra	22 annos	masc.	negativo	antitoxina tetanica
Observação pessoal.	1922	Estados Unidos	12½ annos	femin.	negativo	negativo
Observação pessoal.	1922	Estados Unidos	4 annos	masc.	negativo	negativo
COOKE.	1922	Estados Unidos	3 annos	masc.	asthma	Prova cutanea
SUMNER, F. W.: "Brit. M. J.", 1: 465, 1923.	1923	India	.?	femin.	sensível a cheiro de cavallo	negativo
Observação pessoal.	1923	Estados Unidos	5 meses	masc.	eczema	prova cutanea

Os tres outros casos a accrescentar aos do quadro acima referidos são relatados pelo mesmo autor nos seguintes termos:

1.^a OBSERVAÇÃO. — Paciente sensível a pollen de feno, tendo frequentes accessos de asthma bronchica, recebeu, num periodo de 22 dias, 13 inoculações de quantidades crescentes de extracto de pollen. Estas inoculações foram perfeitamente toleradas e ocasionaram mesmo certa melhora ao paciente.

Proteína injectada	Quantidade	Uso	Morte em	Commentarios
antitoxina de cavallo	?	Trat. asthmatico	45 minutos	Quantidade minima de sôro foi inoculada na veia seguindo-se em 2 minutos um ataque de asthma typico. A inoculação de adrenalina não deu resultado. A necroscopia revelou emphysema pulmonar.
antitoxina diphterica	2.000 unidades	Prev.	5 minutos	Inoculação pela via sub-cutanea: 2 minutos após sente mal estar, apresenta soluço, cyanose e syncope respiratoria.
Producto biológico	1 cc.	Trat. de rheumatismo	90 minutos	A inoculação do referido producto 3 semanas após a ultima inoculação deu lugar a syncope respiratoria e pulso imperceptivel.
antitoxina tetanica	5 cc.	Prev.	70 minutos	Recebe uma inoculação de sôro após 13 dias da ultima. Apresenta cyanose, vomitos. A necroscopia apresenta augmento de tecido lymphoide do pescoço e mediastino: capillares hepaticos augmentados e cheios de sangue.
antitoxina diphterica	1.000 unidades	Trat.	15 minutos	Prova cutanea negativa em 15 minutos: inoculação do sôro na veia. O paciente apresenta dôr no thorax, pupillas dilatadas, respiração difficilissima, perda de controle sobre o esphincter rectal, dyspnêa e morte.
antitoxina diphterica	?	Trat.	2 minutos	Inoculação de sôro pela via muscular. Morte immediata.
?	0,02 cc.	Prova cutanea	?	Creança sensivel á proteina de gallinha, cavallo e coelho.
antitoxina diphterica	1,25 cc.	Prev.	10 minutos	Não descreve symptomas.
?	0,05 cc.	Prova cutanea	2 hs. e 40 ms.	Logo após 2 minutos torna-se cyanotico, com edema e com syncope respiratoria.

Na 14.^a inoculação, dada no 23.^o dia da série, o doente apresenta-se um pouco nervoso, mas a injeccão ainda foi bem tolerada. A 15.^a inoculação, dada no 24.^o dia, foi uma dose menor que a ultima, sendo o volume total inoculado cerca de 0,05 cc. A morte deu-se, após 3 a 5 minutos, procedida de syndroma asthmatica. Diz o autor, si o caso foi de verdadeira anaphylaxia é logico perguntar-se porque o paciente não ficou desensibilizado ou não ficou anti-anaphylactico pela inoculação frequente e repetida do antigeno?

As inoculações de antígeno foram pela via subcutânea.

A necropsopia do caso revelou emphysema pulmonar e o laudo affirmou a morte por anaphylaxia.

2.^a OBSERVAÇÃO. — Durante um periodo de 3 a 4 semanas, o paciente sofreu uma série de inoculações de extractos de pollen pela via intradermica na diluição de 1/50 e provas conjunctivales com pollen em pó.

2 a 5 minutos, após uma ultima inoculação, o doente apresenta lacrimejamento e sensação de queimadura no thorax.

Um signal de urticaria apparece ao lado da inoculação : 0,5 de adrenalina foi inoculada sob a pelle, perto do local da urticaria. No outro braço foi inoculado 1 cc. de adrenalina. Apresenta cyanose e difficuldade respiratoria e a morte se dá após 5 minutos do apparecimento dos symptomas. Lembra o autor ainda o perigo das inoculações intradermicas mesmo em diluições fracas.

3.^a OBSERVAÇÃO. — Paciente de 15 annos, apresenta-se ao medico, com uma ferida contusa no joelho, occasionada por uma queda. O profissional resolve inocular 1.500 unidades de antitoxina tetanica, pela via muscular. Como o paciente não andasse com facilidade o medico toma-o nos braços para conduzi-lo até o automovel. Ao transpor a porta foi notado, apenas, um entumecimento da pelle. O paciente teve morte instantanea não dando tempo ao minimo socorro. Verificou-se mais tarde que o paciente era sujeito a ataques de asthma, que se desencadeavam sempre a aproximação de cavallos.

Sheppe (22), em excellente artigo, sobre a anaphylaxia no homem, diz que os casos de morte subita, após a inoculação de proteina estranha, são rarissimos, sendo que o estudo cuidadoso da literatura revela a existencia de 50 casos, dos quaes uma parte apenas é devida a proteina estranha inoculada, devendo a outra ser attribuida antes a um estado de saude preexistente. Parece que, apenas em 15 casos, em que houve necropsopias e protocollos sufficientemente detalhados, a morte foi realmente devida á proteina estranha inoculada.

Aos casos consignados na literatura, accrescenta o autor uma observação pessoal, de grande valor:

W. S., 50 annos, deu entrada no Hospital da Universidade de Virginia, com uma ferida produzida por bala no hombro esquerdo. Fôra ferido 24 horas antes de dar entrada. Recebeu 1500 unidades de antitoxina tetanica pela via sub-cutanea na parede abdominal. Após receber a inoculação sahiu, e tomou um automovel: 20 minutos após volta, sentindo falta de ar e ansiedade. A morte deu-se antes mesmo de qualquer soccorro. O tempo decorrido entre a inoculação de sôro e a morte foi approximadamente de 20'. Houve dyspnêa intensa e cyanose. O relatorio da necropsopia revelou o seguinte :

CAVIDADE THORACICA : — Veias do pescoço e thorax accentuadamente congestas. Não havia liquido nas cavidades pleuraes. Pulmões augmentados de volume : pareciam exceder a cavidade thoracica. Não houve retracção do órgão na occasião da abertura das pleuras. Estas apresentaram-se lisas e brilhantes.

PULMÕES : — Muito augmentados e volumosos ; de coloração acinzentada, com numerosas elevações e depressões na sua superficie. Areas emphysematosas

nos bordos de ambos os pulmões. Retirada a viscera e collocada n'agua sobre-nadado como um cesto.

CAVIDADE ABDOMINAL: — *Estomago e intestino* — Mucosa lisa e brilhante normaes á inspecção e palpação. *Figado* — Normal em volume, coloração e consistencia. Vesicula cheia de bile e sem calculos. A' secção do órgão verifica-se certo grão de congestão.

PANCREAS: — Normal.

BAÇO: — Normal em volume, coloração e consistencia. Capsula não espessada.

RINS: — Normaes em coloração, volume e consistencia. Bacinets normaes.

BEXIGA: — Distendida com urina, paredes não espessadas, mucosa lisa e brilhante. Ausencia de diverticulos e trabeculas.

CEREBRO E MENINGEAS. — Não se verificou augmento de pressão na dura mater. As veias da dura mater e seios venosos não estavam entumescidas. Meninges lisas e brilhantes sem adherencias. A superficie da cortex apresentou-se normal quanto á consistencia e coloração. Não se verificou alteração á secção da meningeana média e das arterias cerebraes. A superficie de secção apresentou-se normal, sob todos os pontos da cortex. Cerebello e medulla normaes.

EXAME MICROSCOPICO: — Os córtes revelaram distensão accentuada dos alvéolos pulmonares, comparavel ao emphysema senil. Algumas paredes alveolares foram rompidas. Nada se verificou na musculatura bronchica. Não havia infiltração leucocyitaria.

Córtes de outros órgãos: sem importancia.

Diagnosticó anatomico: Emphysema pulmonar bilateral, congestão dos vasos do pescoço e cabeça.

Concluiu-se que a morte foi devida a inoculação de proteína estranha, que desencadeou choque anaphylactico do typo "acelerado ou cobaio". Verificou-se que o paciente estava sensibilizado por inoculação prévia de soro administrado por occasião da grande guerra.

DISCUSSÃO: — As necroscopias relatadas na literatura são 15. Uma 16.^a é relatada. Em 10 casos a morte se verificou em pacientes não sensibilizados por inoculação prévia de soro (estado allergico natural). Em 9 vezes, 56 %, modificações pulmonares foram constatadas. Em 5, foram em casos sensibilizados por inoculação prévia.

Constatou-se um augmento do thymo em 3 casos, 18 %.

A congestão hepatica e dilatação esplanchnica foi constatada em 4 casos, 25 %.

Gurd e Roberts mostram que o quadro de anaphylaxia, no cão, é bem differente do que se observa no cobaio. No cão observa-se uma subita e accentuada dilatação dos vasos esplanchnicos, que é acompanhada por uma quédia da pressão sanguinea, syncope cardiaca e morte. Isto explica tambem a leucopenia verificada nos estados de chόque. Os casos de Kortright, Dean e Waugh parecem pertencer a esta classe. Gurd e Roberts dizem que a reação á proteína estranha, no homem, póde ser do typo esplanchnico (cães) ou do typo bronchospasmodico (cobaio). E' provavel que o typo esplanchnico seja o mais commum no homem e o mais compativel com a vida.

O chόque fatal póde repercutir no systema reticulo endothelial ou no systema nervoso.

QUADRO V

Resumo das necropsopias de casos de morte consecutiva á inoculação de proteínas estranhas
A) Morte consecutiva á inoculação primaria

1 — DOGGE, A. C.	Pulmões normaes.
2 — KARTRIGHT	Pulmões normaes.
3 — GILLETTE, H. F.	Pulmões augmentados.
4 — GILLETTE, H. F.	Tymo augmentado.
5 — LONDON LETTER	Espasmo pulmonar e cardiaco.
6 — LAMSON, R. W.	Tymo augmentado.
7 — LAMSON, R. W.	Pulmões augmentados.
8 — GURD ROBERTS.	Pulmões augmentados.
9 — BOUGHTON, T. H.	Pulmões distendidos.
10 — MACCALLUM, A. D.	Pulmões normaes.

B) Consequente á reinoculação

1 — KOCH, W.	Emphysema pulmonar
2 — MENDELOFF, M. L.	Pulmão normal. Tymo e baço augmentados.
3 — WAUGH, G. H.	Congestão pulmonar.
4 — DEAN, H. R.	Pulmões normaes.
5 — SCHEEPPE, W. M.	Emphysema pulmonar.

C) Consequente á reinoculação de extracto de pollen

1 — LAMSON, R. W.	Emphysema pulmonar.
---------------------------	---------------------

Aconselha o autor a realização da necropsopia em todos os casos de chòque, para o estudo das lesões dos mesmos, e para emquadral-os em algum dos typos classicos, — esplanchnico, bronchospasmodico e tymico.

Waldbott (23), em recente monographia sobre a prevenção do chòque anaphylactico estuda 9 casos fataes, consignando factos de grande interesse referentes a symptomatologia e as alterações anatomicas.

Os symptoms typicos, dyspnéa, urticaria e oedema angio-neurotico foram observados. Em todos os 9 casos houve dysnéa. A urticaria foi constatada em 6 casos. Tosse e prurido apenas no 1.º e 6.º — Vomitos e deffecação nos 1.º e 4.º. Cephaléa intensa só no caso 8.º.

Entre os symptomas descriptos na anaphylaxia podem-se observar espasmos uterinos, contracções vesicaes e irritação nasal.

Como modificação anatomo-pathologica verificada na anaphylaxia do homem, cita ás verificadas por Dean, que descreveu bronchospasmo e necrose hepatica como lesões predominantes. As modificações pulmonares, do typo experimental em cobaios, tem sido constatadas por outros autores. A morte tem sido attribuida a obstrucção bronchica, quer por espasmo da musculatura lisa, quer pelo accumulo de muco.

PREVENÇÃO: — Na prevenção do chόque deve-se ter em consideração os factos seguintes:

Como constatar a sensibilidade do paciente, antes da inoculação do sόro?

Qual o melhor modo de administrar o antigeno?

O que pόde ser dado ao paciente, no caso de apparecimento dos symptomas de anaphylaxia? Existe a possibilidade de desensibilizar o paciente antes de administrar o sόro?

Os antecedentes allergicos pessoas ou familiares sempre devem ser tomados em consideração; embora sejam negativos estes antecedentes, não excluem totalmente a possibilidade de um estado allergico natural. Individuos que já soffreram inoculação prévia de sόro, e especialmente aquelles em que as inoculações de proteina estranha foram repetidas, devem ser considerados como hyper-sensiveis. Constatada a relação reciproca entre a proteina equina e as emanções de cavallo, quanto á sensibilidade, sempre é prudente inocular cuidadosamente os individuos que lidam com cavallos.

E' recommendavel fazer-se uma prova cutanea com o antigeno, embora tenha a mesma sido negativa em dois casos apresentados neste trabalho (Leitura após 20'). Peskin aconselha uma prova conjunctival, a qual empresta maior valor do que a cutanea. Sutliff e Finland aconselham instillar 1 a 2 gottas de uma diluição a 1/10 de sόro, no globo ocular.

O methodo conjunctival é certamente mais preciso que o cutaneo, porém, certamente, não infallivel.

Modo de inoculação: — Desde que os accidentes mais graves sobrevenem, após a inoculação venosa, ou pela punção ocasional de alguma venula deve-se evitar a via venosa.

Nas inoculações pela via sub-cutanea ou intramuscular deve-se puxar um pouco o embolo da seringa para verificar-se não ter attinido occasionalmente um vaso.

Tratamento nos casos de chόque: — A inoculação de adrenalina e applicação de um garrote acima do local inoculado devem ser as primeiras medidas. Entretanto a acção da adrenalina em casos extremos não tem correspondido a expectativa.

SYMPTOMAS TYPICOS DE CHO
VI
QUADRO

CASO	DATA	NOME	SEXO	IDADE	ANTECEDENTES	
					Allergicos	Proteina inoculada
1	16/1/28	J. S.	Feminino	9 annos	Negativos	Antitoxina (1926) — Toxina +antitoxina (1927)
2	5/3/30	G. H.	Masculino	7 annos	Negativos	Toxina+antitoxina (1928)
3	29/6/30	R. S.	Feminino	5 annos	3 irmãos com urticaria. Negativos	Toxina+antitoxina (1927)
4	10/7/30	A. K.	Feminino	9 annos	Negativos	1.000 unidades de antitoxina
5	3/3/29	W. L.	Feminino	4 annos	Hegativos	Toxina+antitoxina (1927)
6	21/8/30	J. K.	Feminino	32 annos	Negativos	Inoculação prévia de sôro.
7	19/1/28	D. J.	Feminino	15 annos	Negativos	Toxina+antitoxina
8	15/6/28	J. R.	Feminino	24 annos	Asthma equina	Negativo
9	6/8/29	L. Y.	Masculino	40 annos	Febre feno	12 inoculações prévias . . .

Hanzlik e Karsner demonstraram experimentalmente que a adrenalina é muito mais efficaz quando administrada simultaneamente com o antigeno, facto este confirmado por Duke; Bullowa constata optimos resultados com a inoculação de chloreto de calcio na veia.

Desensibilização: — O methodo descripto por Besredka, em 1908, "Comptes Rendus de la Société de Biologie", e que consiste na inoculação repetida de doses crescentes, com intervallos de 10 a 30 minutos, é o mais vulgarizado. E' mesmo *surprebendente como este methodo se vulgarizou na pratica medica, embora ultimamente tenha recebido severas criticas em recentes publicações.*

Tuft relata um caso de morte consecutiva ao methodo. Blankenhorn relata igualmente um caso de falha de desensibilização.

Possúe o autor duas observações pessoas de choque, com o methodo desensibilizador. De Jovin relata um caso identico.

Existe um estreito parallelismo entre a desensibilização com proteina estranha e com extractos de substancias varias. Ultimamente tem sido demonstrado que accidentes podem sobrevir mesmo após ter o paciente soffrido repetidas inoculações em curtos intervallos com extractos varios (tratamento de certos estados allergicos).

CHOQUE ANAPHYLACTICO

CHOQUE	TEMPO PRIMEIRO SYMPT.	MORTE	SYMPTOMAS	INFLAM-MAÇÃO LOCAL	COMMENTARIOS
15.000 unidades anti-diphtherica	2'	120'	Dyspnéa-urticaria-defecação urina.	não	A inoculação de adrenalina não deu resultado.
40.000 unidades diphtherica	1/2'	5'	Dyspnéa thoracica	não	A inoculação intradermica foi negativa.
1.000 unidades diphtherica	2 - 3'	10'	Dyspnéa-urticaria	sim	—
20.000 unidades diphtherica	15'	60'	Dyspnéa-vomitos	sim	Prova cutanea negativa. Injecção de adrenalina não deu resultado.
10.000 unidades diphtherica	3'	30'	Dyspnéa-urticaria	não	Escarlatina uma semana antes.
1.000 unidades tetanica	5'	30'	Dyspnéa-tosse	não	—
1.000 unidades tetanica	6'	60'	Dyspnéa-urticaria	não	—
8.000 unidades diphtherica	1/2'	10'	Dyspnéa-urticaria-cephaléa	sim	—
?	1/2'	120'	Dyspnéa-urticaria	não	—

O Dr. Julio Novaes, segundo o Sr. Professor Garfield d'Almeida (24), obteve bons resultados experimentaes com o chlorureto de calcio na prevenção do chόque anaphylactico.

COTEJO DO ENVENENAMENTO DA A. V. COM OS PHENOMENOS DO CHÓQUE ANAPHYLACTICO

Estabelecida em base ampla e segura, pela abundancia da documentação exposta precedentemente, toda a phenomenologia do accidente anaphylactico, é chegado o momento de compararmos o caso, que estudamos, com esse padrão, na intenção de deduzir logicamente, a verdade que essa comparação impõe.

Tres são os pontos de referencia fixados préviamente para esse cotejo: os antecedentes, a symptomatologia e as lesões anatomo-pathologicas.

Antecedentes: — E' facto bem estabelecido que os antecedentes do enfermo, ao ser observado pelo clinico, constituem o melhor, se não o unico ponto de partida para um bom juizo diagnostico.

No caso em apreço temos a picada de uma serpente venenosa, para explicar toda a symptomatologia observada.

E' verdade que outro antecedente foi invocado para justificar outro diagnostico, embora não infirmasse o primeiro. A victima, dizia-se, teria recebido anteriormente, ha cerca de cinco annos passados, uma injeção de sôro antitetanico prophylactico, que o sensibilizára.

Para elucidar este ponto importante, requeremos á autoridade competente, certidão do soccorro ou soccorros prestados ao paciente na Assistecia de Niteroi, onde se affirmava haver o mesmo recebido o sôro sensibilizante. Rebuscados cautelosamente os assentamentos daquella Repartição, nenhuma referencia ao alludido soccorro foi encontrada, no periodo destes ultimos oito annos, o que nos leva a crer que, quando A. V., ao ser interrogado, antes do tratamento especifico, declarou não ter recebido anteriormente qualquer injeção de sôro, falou a pura verdade.

Mas é possivel que, posta de lado, a ideia de sensibilização adquirida, se apelle para um estado allergico natural.

Para assim proceder-se seria necessario que os symptomas observados aberrassem completamente dos registrados para envenenamento ophidico, obrigando a afastar o factor causal proximo e presumptivo, para procurar um outro hypothetico e inseguro.

QUADRO VII

NO CASO DE A. V. OBSERVOU-SE	NOS CASOS DE CHÓQUE ANAPHYLACTICO OBSERVA-SE
<ol style="list-style-type: none"> 1.º—Perturbação visual. 2.º—Quêda das palpebras. 3.º—Cansaço muscular. 4.º—Cyanose da face. 5.º—Perturbação da marcha. 6.º—Salivação. 7.º—Alteração da voz, seguida de aphonia. 8.º—Dyspnêa na phase adeantada. 9.º—Phenomenos de paralyasia progressiva. 10.º—Parada dos movimentos respiratorios, antes da parada dos batimentos cardiacos. 11.º—Conservação da consciencia até os ultimos momentos. 12.º—Asphyxia e morte, por paralyasia dos musculos respiratorios. 	<p>Excepcionalmente observada no choque. Jamais observada no caso de chόque. Não registado no caso de chόque. A pallidez da face é a regra no caso de chόque.</p> <p>Excepcionalmente observada. Não observada no caso de chόque. Não observada no caso de chόque.</p> <p>Dyspnêa immediata e com feição typica no caso de chόque. Quêda brusca ou accelerada no caso de chόque (Inconsciencia). Observada excepcionalmente no caso de chόque.</p> <p>Perda de conhecimento desde o inicio do chόque.</p> <p>Asphyxia por espasmo bronchico e perturbações da circulação sanguinea, no caso do chόque.</p>

Como vimos, na primeira parte deste trabalho, deu-se justamente o contrario. Os symptomas observados no caso em apreço ajustavam-se perfeitamente aos de envenenamento de typo neurotoxico.

Symptomatologia: — Os symptomas observados em A. V. comparados com os que ordinariamente se registam em casos de chôque anaphylactico, constituem o segundo e mais importante ponto de referencia.

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGICOS: — O terceiro ponto de referencia é constituído pelas lesões anatomo-pathologicas.

Pela classificação admittida por Gurd e Roberts, Lamson, Dean, Waldbott, Scheppe e outros, o caso em apreço, do ponto de vista das lesões anatomicas, só poderia ser enquadrado em um dos typos seguintes, si fosse possível sustentar-se a hypothese de chôque anaphylactico: o broncho-espasmodico (typo cobaio), o angio-esplanchnico (typo cão) e o tymico.

Ora, no caso em apreço, não houve emphysema pulmonar, alteração anatomica constante em todos os casos subordinados ao primeiro typo. Não houve tão pouco alteração notavel do figado, de volume e consistencia normaes, segundo observação pericial, não sendo possível consequentemente classificar-o no segundo typo.

Não foi mencionada, no laudo, qualquer observação sobre o thymio, o que se daria fatalmente si algo de anormal se apresentasse.

Por consequencia, ainda do ponto de vista anatomo-pathologico, o caso, que estudamos não se confunde com o que se observa ordinariamente no chôque anaphylactico, não sendo possível inseril-o em qualquer dos tres typos admittidos pelos anatomo-pathologistas que se tem occupado do assumpto.

A conclusão unica se impõe, como oriunda dos factos experimentaes e de observação.

Caixa, 28, Nictheroy

BIBLIOGRAPHIA

- 1 — BELI RAM, M. B. (1923): *Two fatal cases of snake bite.* — "The Indian Medical Gazette", 58, 585.
- 2 — BHARADWAJA, A. C. (1925): *A case of cobra bite successfully treated with Fitz-Simson's polyvalent anti-venomous serum.* — "The Indian Medical Gazette", 60, 472.
- 3 — CALMETTE, A. (1907): *Les venins, les animaux venimeux et la serotherapie antivenimeuse.* — "Masson & Cie.", Paris.
- 4 — MARTIN, C. J., and LAMB, G. (1905): *Snake poison and snake bite.*
- 5 — TISDALL, H. F., and SEWELL, J. E. (1931): *Treatment anti-venin 24 hours after bite by tiger snake.* — "M. J. Australia, 1, 604-605.
- 6 — LEE, H. H. (1932): *Fatal snake-bite.* — "M. J. Australia, 1, 132.
- 7 — KELLAWAY, C. H. (1929): *Venom of "Notechis scutatus"* — "M. J. of Australia, 1, 348-358.

- 8 — KELLAWAY, C. H. (1930) : *Observations on the certainly lethal dose of venom of black snake (Pseudechis porphyriacus) for comon laboratory animals.* — "M. J. of Australia, 2, 33-41.
- 9 — BRAZIL, VITAL (1914) : *La defense contre l'ophidisme.* — São Paulo.
- 10 — RICHET, C. (1923) : *L'anaphylaxie.* — Paris. — Pag. 46.
- 11 — RAMOND (1924) : *Conferences de cliniques medicales.* — Paris.
- 12 — BESREDKA (1930) : *Le choc anaphylactique.* — Paris. — Pag. 81.
- 13 — LAMSON, R. W. (1924) : *Sudden death associated with the injection of foreign substances.* — "J. A. M. A.", 81, 1.091.
So-called fatal anaphylaxis in man, with especial reference to the diagnosis and treatment of clinical allergies. — "J. A. M. A.", 1929, 93, 23, 1775.
- 14 — WALDBOTT, G. L. (1932) : *The prevention of anaphylactic shock with a study of nine fatal cases.* — "J. A. M. A.", 98, 446.
- 15 — ALMEIDA, GARFIELD DE (1931) : *Molestias infecciosas.* — Rio de Janeiro, 2.^a edição. — Pag. 65.
- 16 — DEAN, H. R. (1922) : *The histology of a case of anaphylactic shock occurring in a man.* — "Journ. of Pathol. and Bacteriology", 25, 305.
- 17 — MENDELOFF, M. L. (1924) : *A case of fatal anaphylaxis following the intravenous injection of anti-meningococcic serum.* — "J. A. M. A.", 82, 1862.
- 18 — DE LEE, J. B. (1924) : *Fatal anaphylaxis following hemoplastin.* — "J. A. M. A.", 82, 1.565.
- 19 — LOWENS, HARRY (1927) : *Anaphylactic shock.* — "J. A. M. A.", 89, 1.625.
- 20 — BLANKENHORN, M. A. (1925) : *Anaphylactic shock and failure of desensitization after administration of pneumococcus type I serum.* — "J. A. M. A.", 85, 325.
- 21 — SHEPPE, W. M. (1930-1931) : *Fatal anaphylaxis in man.* — "The Journ. of Lab. and Clin. Med.", 16, 372.
- 22 — ALMEIDA, GARFIELD DE : *Obra citada, pag. 78.*

Vindo a São Paulo,

visite a

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

PREDIO MARTINELLI

Maior, melhor que a da Hespanha

LOTERIA DA ALLEMANHA

Garantida pelo governo do Reich. Dá 80 % em 328002 premios, jogando só 380 mil bilhetes, pelo systema de urnas e espheras. Extrac-se desde 1792.
17 de maio — 111.202.300 MARCOS OURO 556 MIL CON-
Quarta-feira, 17 TOS DE REIS
 Int. 2:000\$; meio 1:100\$; quarto 550\$; oitavo 275\$. Telegramma, listas e pagamento de qualquer premio no Brasil pelo **Banco**, decreto especial do Governo do Reich, n.º 6723 de 21/4/932. Banqueiros, industriaes e altas personalidades brasileiras já adquiriram bilhetes. Mande seu cheque e pedido hoje mesmo a
F. R. FERREIRA (banqueiro) Agente offic. exclus. no Brasil - Rua Boa Vista, 19
 4.º and.-Fone: 2-4715 - S. Paulo - Pedidos para o Norte e Sul por via aérea

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

RIO DE JANEIRO

lopepsan

INDICAÇÕES: • Arteriosclerose, hipertensão arterial, arterites específicas, linfismo, obesidade.

Panlaxil

INDICAÇÕES: • Regularização das funções digestivas e motoras do intestino. Prisão de ventre, auto intoxicação de origem intestinal.

Biocalcio

INDICAÇÕES: • Calcio-fixação, remineralização, estimulação metabólica, convalescença, esgotamento neuro muscular, osteopalias e descalcificação. Gravidez.

Lipocarbisán - series, A, B e C

INDICAÇÕES: • Sífilis e suas variedades, particularmente nas suas manifestações astênicas.

Representante em São Paulo:

J. MARTINS LIMA

Praça Ramos de Azevedo, 3 - sob., sala 4 - Fone 4-4548

onde os srz. medicos poderão obter amostras e literaturas

MAIZENA DURYEA

Producto purissimo extrahido do milho
pelos processos mais hygienicos
e modernos.

ANALYSE

HUMIDADE	12.500 %	
AMIDO	86.865 %	
PROTEINA400 %	
GORDURA070 %	
CINZAS060 %	
ACIDEZ005 %	- (ACIDO SULFURICO)
CELLULOSE E INDET.100 %	- (POR DIFERENÇA)



REFINAÇÕES DE MILHO BRASIL, S/A

Caixa 2972

Tel. 2-1597

São Paulo

Limema

BALDACCI



*Nas hemorragias alarmantes
é imperiosa a indicação deste
hemostático*

AMPOLAS DE 1½, 3 e 5 cc.

AGENTE GERAL PARA O BRASIL :

MARIO GUIDI

CAIXA POSTAL, 1554 - SÃO PAULO

Introdução á patologia renal (*)

Anatomia patológica

Dr. Eduardo Monteiro

Chefe da Clínica Medica de Mulheres da Policlínica de S. Paulo

Nefroses

Meus senhores.

Até pouco tempo, quasi todas as lesões renais eram englobadas sob a rubrica, elastica e impropria, de "nefrites". Tratava-se de um grupo amorfo e heterogeneo, abrangendo, além das verdadeiras nefrites, os processos degenerativos e as escleroses. Justificava não existia para semelhante promiscuidade, que repugna ao espirito científico de nosso tempo. Atenda-se a que o sufixo do termo "nefrite" indica inflamação.

Ora, como se caracteriza, anatomo-patologicamente, a inflamação? Bem sabeis, caracteriza-se, conforme seja aguda ou crônica, por phenomenos exclusivos ou proliferativos. Portanto, os processos degenerativos e as escleroses não cabem legitimamente no grupo das nefrites, merecendo autonomia e logares distintos no grande capitolo das nefropatias medicas. Pois bem, seguindo este raciocinio clarissimo, Müller, no Congresso da Sociedade Alemã de Patologia, realizado em 1905, propoz o termo *nefroses* para as lesões renais do tipo degenerativo. O neologismo veio a calhar e logrou fortuna. Está definitivamente consagrado.

Para boa ordem das idéas, convem advertir desde já que sob a epigrafe de nefroses não somente se inscrevem os processos degenerativos, senão também a amiloidose e a necrose.

Com estas premissas, estamos habilitados a classificar anatomo-patologicamente as nefroses, o que se faz da seguinte maneira:

1) Lição de um curso dado na Associação Paulista de Medicina. Ver as lições anteriores em *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, XXIV, 287, dezembro de 1932, e XXV, 45 e 512, janeiro e março de 1933.

NEFROSES	{	Albuminoide
		Gordurosa
		Lipoidica
		Amiloide
		Necrotica

NEFROSSE ALBUMINOIDE

A nefrose albuminoide é caracterizada pela inchação turva acometendo o epitelio tubular.

Cronologicamente, a degeneração albuminoide atinge a principio o epitelio dos tubulos contorneados de primeira ordem e a seguir os canaliculos de segunda categoria, bem como o ramo ascendente da alça de Henle. Pelo contrario, o epitelio do ramo descendente e o dos tubulos coletores são quasi sempre respeitados ou oferecem lesões muito discretas.

Para a exata compreensão do quadro microscopico, atinente á nefrose albuminoide, convem ter em vista o seguinte esquema:

Histo-patologia	{	Granulações finissimas	Ac. azotico: côr amarela
			Reativo de Millon: côr vermelha
			Solueis no ac. acetico
			Insolues nos dissolventes das gorduras
		Nucleos em regressão	
	{	Aumento do conteúdo aquoso	
		Luz estreita	
		Lesões insulares	

Inumeras granulações finissimas polvilham o protoplasma. Este torna-se turvo. E' proteica a natureza destas particulas. Basta atender a que se coram em amarelo pelo acido azotico e em vermelho pelo reativo de Millon, como fazem as substancias albuminoides. Estareis lembrados que existem albuminas aceto-solueis; a poeira tenuissima que salpica o protoplasma pertence a este grupo. Além disto, as granulações são insolueis nos dissolventes das gorduras. Eis aqui as provas da natureza proteica das granulações, motivo pelo qual se confere o titulo de "albuminoide" á degeneração em aprêço.

Os nucleos das celulas tubulares encontram-se em diversos estados regressivos: picnose, cariorrexe, cariolyse, hyperchromatose periferica. Por certo, quanto mais avançada a regressão nuclear, tanto mais grave histologicamente será o processo e menor a probabilidade da "restitutio ad integrum".

O protoplasma, além de turvo, é tumefacto, o que justifica o titulo de inchação ou tumefação turva, conferido ao processo. Isto é

devido ao aumento do conteúdo aquoso. Trata-se duma verdadeira hidropisia celular.

Pois que as células estão tumefactas, compreende-se o estreitamento da luz tubular. No seu interior aparecem, eventualmente, células destacadas, soltas ou reunidas sob a forma de cilindros.

A disposição insular das lesões é carater importante que permite distinguir a nefrose albuminoide da autolise cadaverica. Como sabeis, se o exame é procedido algum tempo após a morte, o epitelio altera-se, vacuoliza-se, fragmenta-se e invade o espaço canalicular (fig. 16). Pois bem, esta alteração cadaverica é difusa, ao invés do que succede na degeneração albuminoide, cujas lesões são insulares. E por que este processo ha de acometer o parenquima sob a forma de ilhotas? O que ficou dito, na aula consagrada á histo-fisiologia, a respeito da alternancia de vulnerabilidade, comparavel á alternancia de funcionamento — é resposta bastante satisfatoria.

Ainda no terreno da histo-patologia, convem advertir que, se o fator etiologica é intenso e duradouro, surgem concomitantemente outras degenerações, mais graves.

O *quadro macroscopico* é simples. O rim mostra-se um pouco aumentado de volume, justamente porque tumefatas inumeras células tubulares. Ao corte, a zona cortical é mais espessa; isto porque, dos segmentos em que o processo se localiza, dois (tubulos contorneados de 1.^a e 2.^a ordem) se encontram no labirinto, e um apenas (ramo ascendente da alça de Henle) é de trajeto em grande parte medular. No seu conjunto, o órgão oferece um aspecto de rim cozido, roseo azulado.

No tocante á *etiologia*, são idodenas todas as molestias infecciosas sobretudo quando a febre é elevada. E, no parecer de alguns, a simples hipertermia, não infecciosa, seria capaz de chegar ao mesmo resultado. Acrescentemos alguns toxicos: arsenico, cloroformio, cantaridina, fosforo, chumbo, etc.

NEFROSE GORDUROSA

Assim se deve entender um processo generativo em que tomam parte as gorduras neutras, monorefringentes.

O processo semelhante, em que interveem os lipoides, isto é, as gorduras birefringentes, deve ser excluido deste capitulo e passar para o immediato.

A nefrose gordurosa póde ser primitiva ou secundaria a uma degeneração albuminoide.

Sob o ponto de vista cronologico, ao que parece, o processo tem inicio nos tubulos contorneados de segunda ordem; a seguir, acomete o epitelio capsular e a alça de Henle; por fim, chega a vez dos tubulos contorneados de primeira categoria.

Estudando a histo-patologia, prestemos atenção ao seguinte esquema:

Histo-patologic	{ Goticulas gordurosas	{ Monorefringentes
		Sudan III: côr vermelha alaranjada
		Escarlate R: côr vermelha
		Ac. osmico: côr castanha escura
		Soluveis no alcool eter e cloroformio
		{ Resistem ao ac. acetico
	Nucleo em regressão	
	Celulas algo aumentadas de volume	
	{ Luz tubular um pouco estreita, encerrando	{ Cilindros
		{ Albumina
	{ Leucocitos	
	Predominio nos tubulos contorneados de 1. ^a ordem	
	Lesões insulares ou difusas	
	Lesões concomitantes	{ Deg. albuminoide
		{ " hialina
		{ " vacuolar
	Lesões capsulares muito discretas	

As goticulas, constituídas que são por uma gordura neutra, mostram-se monorefringentes, ao invés das lipoidicas, birefringentes. Bem conhecidas, até dos neofitos em anatomia patologica, são as reações corantes: côr vermelha alaranjada pelo Sudan III; vermelha pelo escarlate R e matiz castanho escuro pelo acido osmico. Soluveis no alcool, no eter e no cloroformio, como as gorduras em geral, resistem, pelo contrario, ao acido acetico.

Os nucleos, das celulas atingidas, oferecem varios aspectos regressivos, que já conheceis.

As celulas, repletas de goticulas gordurosas, aumentam de volume, embora ligeiramente.

Como consequencia deste ultimo fato, as luzes tubulares estreitam-se um pouco. No seu interior, encontram-se cilindros (epiteliaes, granuloses e hialinos), albumina e alguns leucocitos; entretanto, hemacias não existem.

A esteatose é predominante e caracteristica nos tubulos contorneados de primeira ordem. E' muito menos intensa nos tubulos contorneados de segunda categoria e no ramo ascendente da alça de Henle; insignificante, no ramo descendente e nos tubulos de Bellini.

Como ficou dito na aula pregressa, no rim humano, existe gordura fisiologica nos tubulos contorneados de segunda ordem, no ramo ascendente da alça de Henle e nos canais coletores. Mas — fato im-

portanto — quantidade é desprezível e as gotículas são quasi imperceptíveis, apenas se revelando a um exame cuidadoso com grande aumento. Pelo contrario, em animais, é abundante e de facil comprovação a gordura fisiologica nos pontos referidos. Pois bem, no rim humano, os tubulos contorneados de primeira ordem são desprovidos de gordura fisiologica. Eis porque se torna caracteristica a esteatose deste segmento do tubulo urinifero.

As lesões são insulares ou difusas. Relativamente benignas são as primeiras; graves ao extremo são as ultimas. Aliás, a gravidade depende de um acometimento profundo do nucleio, caso em que a celula perece, sendo logo descamada e expulsa.

Frequentemente, encontram-se outras degenerações concomitantes: albuminoide, hialina e vacuolar.

Do exposto, podemos concluir que as lesões esteatosicas são de preferencia tubulares. Pelo contrario, no tocante aos corpusculos de Malpighi, são escassas as gotículas gordurosas no epitelio da capsula de Bowmann. O espaço respetivo abriga alguma albumina e celulas descamadas em pequeno numero. Nisto se resumem as discretas lesões capsulares.

O *quadro macroscopico* é caracteristico. O volume cresceu um pouco; superficie externa amarelada; consistencia diminuida; a capsula destaca-se bem. Ao corte, o aspecto varia conforme se trata da forma insular ou difusa. A primeira oferece, na cortical, focos arredondados e amarelos, em correspondencia com as zonas acometidas do labirinto; na medular, aparecem numerosas estrias, tambem amarelas, desenhando os tubulos retos degenerados. Na forma difusa, toda a superficie do corte assemelha-se ao aspecto de manteiga.

As *causas* determinantes da nefrose gordurosa podem ser catalogadas em toxicoses, infecções e atrasos das combustões organicas.

Multiplas são as intoxicações, agudas ou cronicas, que podem provoca-la. Citemos o fosforo, o arsenico, oxido de carbono, eter, morfina, cocaina, iodoformio, alcool, etc. O fosforo é o tipo dos venenos esteatosantes, mas, em clinica, a maior frequencia pertence ao alcool. De fato, a nefrose gordurosa é assidua nos etilicos inveterados e quasi indefectivel quando o desfecho letal se realizou em pleno "delirium tremens".

Ao lado das toxicoses exogenas, devem figurar as intoxicações endogenas, em que se altera o metabolismo: diabete, mal de Basedow, gota, etc.

Qualquer infecção aguda pôde ser esteatosante. De todas elas, a que atua mais intensamente é a febre amarela, conforme estudos magistrais de Miguel Couto e Azevedo Sodré. Assiduo tambem é o processo na espiroquetose itero-hemorrhagica e, a titulo de concomitancia, na atrofia amarela aguda do figado. Em seguida, vem a infecção puerperal, as septicemias, a variola, a febre tifoide, a pneumonia, a difteria, a erisipela, etc.

Infecções crônicas — tuberculose, sífilis, impaludismo, supurações prolongadas — igualmente podem ser a sua causa.

Multiplos são os agentes de atraso das combustões organicas: doenças do sangue; afecções do aparelho circulatorio acarretando anoxemia; as pneumonopatias que reduzem o campo da hematose, mormente o enfisema; por fim, a obesidade e a superalimentação.

A proposito das cardiopatias, não se diga que a esteatose seja uma alteração pre-agonica, porquanto Gallavardin a encontrou num individuo portador de estreitamento mitral e que poz termo aos seus dias com uma facada no ventriculo direito. Aliás, a simples congestão passiva, na esfera renal, é idonea para provocar a nefrose gordurosa, atrasando "in loco" as combustões organicas.

A *reprodução experimental* da nefrose gordurosa já foi conseguida por muitos, lançando mão de varias substancias esteatosantes, quer no animal, quer, como fez Cesaris-Demel, no rim perfundido. Entre nós, o Prof. Cunha Motta tambem obteve resultados positivos, por meio da caseina, administrada a coelhos no dose diaria de 50 gramas e durante o prazo de 6 a 7 mezes; nos seus casos, a esteatose degenerativa localizara-se nas alças de Henle, tubulos coletores e orificios papilares.

NEFROSE LIPOIDICA

A nefrose lipoidica assemelha-se á precedente. Em ambas, as celulas são adiposas, mas a natureza da gordura varia de um tipo para o outro. Gordura neutra, monorefringente, é a da nefrose gordurosa. Gordura anisótropa é a da nefrose lipoidica. Tal é o descreime opti-

CHLORO-ANEMIA
APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS
Exigir os Verdadeiros
Pilulas e Xarope
BLANCARD
de PARIS
Assinatura e Etiqueta verde.
POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

co, bem saliente, estabelecido pelos estudos de Kaiserling, entre as gorduras ordinarias e os lipoides.

A histo-patologia da nefrose lipoidica póde ser englobada no seguinte esquema:

Histo-patologia	{	Goticulas lipoidicas	{	Birefringentes		
				Sudan III: côr vermelha alaranjada		
				Ac. osmico: côr castanha escura		
				Soluveis no eter e no cloroformio		
				Resistem ao ac. acetico		
					Colorações especificas	
					Nucleo em regressão	
					Celulas algo aumentadas de volume	
				{	Luz tubular um pouco estreita, encerrando	Albumina coagulada
					Cilindros	
					Leucocitos	
				Degeneração dos tubulos contorneados de 1. e 2. ^a ordem		
				Integridade da alça		
				Degeneração discreta nos corpusculos de Malpighi.		
			{	Tec. intersticial	Lipoides	
					Celulas fagocitarias	
				Degenerações concomitantes.		

O primeiro carater histo-patologico é a presença, no interior das celulas, de numerosas goticulas lipoidicas, birefringentes ao microscopio de polarização.

Como as gorduras ordinarias, as goticulas lipoidicas coram-se em vermelho alaranjado pelo Sudan III e em castanho escuro pelo acido osmico; igual é o comportamento de ambas em face do eter, cloroformio, acido acetico.

Entretanto, colorações especificas permitem distinguir os lipoides. E' o que se consegue com os metodos de Ciaccio, Smith-Dietrich e Lorrain Smith. Este ultimo é o melhor e o mais rapido; utiliza-se o sulfato de Milbau; as gorduras neutras ficam vermelhas, ao passo que os lipoides se coram em azul intenso.

Como acontece em todas as degenerações, os nucleos, das celulas atingidas, oferecem aspectos regressivos variaveis.

As celulas, encerrando substancia estranha, são algo aumentadas de volume.

Em virtude deste fato, a luz tubular é um pouco estreita. Nela se observa a presença de albumina em blocos, bem como gotículas lipoidicas, a par de cilindros constituídos pelas células descamadas, além de alguns leucócitos, para aqui atraídos por força da quimiotaxia. Hemácias não se encontram.

A degeneração lipoidica predomina nos tubulos contorneados de primeira ordem; é menos intensa naqueles de segunda categoria; é nula na alça de Henle.

Nos corpusculos de Malpighi, as lesões são mínimas e quasi desprezíveis, limitando-se a discreto depósito de lipoides nos epitélios de revestimento e nas alças glomerulares; albumina em pequena quantidade insinua-se no espaço de Bowmann; e — fato importante — não se comprovam processos inflamatórios.

No tecido intersticial, verifica-se a existência de gotículas lipoidicas, soltas umas, outras englobadas por células grandes, fagocitárias. Em cortes corados pela hematoxilina-eosina, estas células oferecem numerosos vacuolos, séde primitiva da coloração. Será que esta infiltração linfoplasmocitária traduz um processo inflamatório? Absolutamente não. Admite-se hoje, de acôrdo com Löhlein e Stoerks, que estes elementos são atraídos, para o tecido intersticial, em virtude da simples quimiotaxia. Realmente, não existem outros sinais de flogose.

Degenerações concomitantes são assíduas: albuminoide, gordurosa, hialina, vacuolar. Aliás, parece que existe um nexo entre algumas destas degenerações e a loidose tubular. Assim, estudos meticolosos mostram que, a principio, ocorre a inchacão turva. Esta cede lugar á degeneração gordurosa. E, conforme alguns autores, entre os quais figura o nome prestigioso de Aschoff, num terceiro periodo, a colestérina combina-se com a gordura neutra, resultando a formação de lipoides.

Já que aludimos á genese dos lipoides, convem acrescentar a possível fanerose da molecula lipo- proteica, preexistente no protoplasma. E assim a molecula seria bipartida em proteina e gordura birefringente.

Resumindo este problema, podemos dizer que a substancia lipoid de reconhece qualquer das seguintes origens: 1.º degeneração albuminoide, seguida de esteatose degenerativa e combinação ulterior da colestérina com a gordura neutra; 2.º cisão da molecula lipo-proteica preexistente no protoplasma; 3.º combinação de ambos os processos.

Com o tempo, é possível a instalação de lesões esclerosas, resultando o "rim contraído nefrosico". Trata-se dum epifenomeno, cujo estudo melhor se enquadra em aula vindoura.

O *quadro macroscopico* é o seguinte: volume maior; consistencia diminuida; côr amarela desmaiada; superficie lisa; a capsula destaca-se facilmente; ao corte, maculas de um tom amarelado. O conjunto recebe o titulo de — grande rim branco nefrosico.

Noutra ordem de ideas, assinalemos que varios tipos existem de nefrose lipoidica. Assim, uma *classificação* é indispensavel. Propomos a seguinte:

Nefroses lipoidicas	Puras	Primitivas	{	Nefrose lipoidica genuina
			{	Nefrose sifilitica
		Secundarias	{	" gravidica
			{	" tuberculosa
			{	" neoplasica
	Mixtas			{

Nefroses lipoidicas puras são aquelas em que apenas se comprova o fenomeno degenerativo. Nefroses lipoidicas mixtas, quando existe em concomitancia um processo de glomerulo-nefrite.

No esquema, as nefroses lipoidicas puras são divididas em primitivas e secundarias.

Diz-se que a nefrose lipoidica é primitiva, ou essencial, quando se desconhece a respectiva etiologia. Esta chave comporta um tipo unico: a denominada "nefrose lipoidica genuina", afecção pouco assidua e talvez dependente duma desordem metabolica, de natureza geral.

Pelo contrario, as nefroses lipoidicas secundarias, ou sintomaticas, reconhecem etiologia manifesta: sífilis, gravidês, tuberculose, neoplasias, marasmo. São frequentes, sobretudo a luetica e a gravidica.

Convem advertir que o quadro anatomo-patologico, micro e macroscopico, é o mesmo tanto nas nefroses lipoidicas primitivas como nas secundarias.

Ao lado destes casos, em que a lipidose é a lesão predominante, outros existem em que se comprova a degeneração lipoidica apenas a titulo secundario e fortuito. E' o que pôde ocorrer nos tumores renais, no infarto, em torno das gomas sifiliticas, etc. Esta minucia não nós interessa grandemente.

NEFROSE AMILOIDE

A nefrose amiloide é estado morbido em que as partes comprometidas oferecem um aspecto vitreo, devido á presença duma substancia particular. Portanto, á primeira vista, parece que se trata de uma hialinização; mas as reações metacromaticas permitem o discri-me.

Sob o ponto de vista cronologico, a amiloidose tem inicio nos glomerulos; mais tarde, são acometidos os pequenos vasos, aferentes e eferentes, bem como, por vezes, o tecido intersticial e a membrana dos canaliculos.

Estudando a histo-patologia, prestemos atenção ao seguinte esquema:

Histo-patologia	Corpusculo de Malpighi	Glomerulo	{ Alças vitreas Massas vitreas, com núcleos esparsos	
		Capsula	{ Degenerações diversas	
		Espaço de Bowmann	{ Albumina Desaparecimento	
	Vasos	{ Aspecto hialino Paredes espessadas Luz diminuida ou extinta Endotelio mais ou menos destruido		
		Tecido intersticial	{ Substancia amiloide Goticulas de gordura Celulas fagocitarias Infiltração tardia Esclerose tadia	
	Canaliculos		{ Amiloidose da basal Deg. hialina, gordurosa e lipoidica do epitelio	
		{ Cilindros Atrofia tardia		

E' no corpusculo de Malpighi que se encontram as lesões em sua plena pujança, sobretudo no glomerulo. Neste, a principio, apenas algumas alças oferecem o aspecto caracteristico. Pouco a pouco, porém, os capilares são atingidos em grande numero, resultando corpusculos vitreos, esferoides, que encerram nucleos esparsos, pertencentes a algumas celulas endoteliais, indenes por enquanto. Mais tarde, todo o glomerulo é transformado em esfera vitrea, unica e volumosa.

A capsula apresenta degenerações diversas, sendo eventual a propria amiloidose. O espaço de Bowmann desaparece ou encerra albumina coagulada.

Facilmente se compreende o estado dos pequenos vasos: aspecto hialino, paredes espessadas, luz diminuida ou extinta, endotelio mais ou menos destruido.

No tecido intersticial é possivel a presença de substancia amiloide, conquanto de maneira discreta. Além disto, goticulas de gordura, provenientes das celulas tubulares, surgem em alguns pontos, em liberdade ou englobadas por celulas fagocitarias. Simultanea-

mente, é comum a infiltração parvicelular, fenomeno que se deve attribuir á simples quimiotaxia. De facto, outros sinais inflammatorios não existem. Portanto, a infiltração intersticial na amiloidose é identica áquela da nefrose lipoidca, já estudada. Num periodo tardio, ocorre a esclerose, resultando o "rim **contraído** amiloidotico", o que veremos em aula vindoura.

Para o lado dos canaliculos, nota-se amiloidose apenas da membrana. O epitelio é respeitado por este processo, mas não escapa á degeneração gordurosa, lipoidica ou hialina. As celulas, assim alteradas, caem na luz tubular, constituindo cilindros de varia natureza. Tardiamente, numerosos tubulos entram em atrofia, seja por inatividade, quando impervios os glomerulos respetivos, seja porque muito intensa a degeneração do epitelio, seja ainda por via da compressão exercida pelo tecido intersticial.

Vejamos o *quadro macroscopico*. O volume é geralmente augmentado. A côr é de um cinzento palido, uniforme ou entremeado de laivos amarelos. Volume e côr conferem ao orgão o epiteto de "grande rim branco amiloidotico". A consistencia é muito dura. Superficie externa lisa e capsula facilmente destacavel.

Ao corte, a substancia cortical é espessa; se profusa a amiloidose, a superficie da secção é inteiramente cinzenta palida e brilhante, de que resulta um aspecto de toucinho, dizendo-se — rim lardaceo; e, se os processos degenerativos tubulares são notaveis, combinam-se focos amarelos e cinzentos.

Não se esqueça que a amiloidose renal anda geralmente de parceria com identico processo no figado e no baço.

Passemos a considerar as *causas* da nefrose amiloide. De modo geral, este processo mantem relações estreitas com as doenças cronicas e debilitantes. As supurações interminaveis, ordinarias ou tuberculosas — osseas, ganglionares, pleurais, pulmonares, etc. — constituem o fator etiologico mais enconstradição. Em segunda plana, citemos a sífilis maligna, o impaludismo crónico, a lepra, a leucemia, o etilismo, os tumores cancerosos, etc. Conforme estudos de Mayer e Schalong, a linfogranulomatose, certas vezes, é o unico motivo que se apura.

Sem embargo, em molestias agudas ou sub-agudas é eventual a nefrose amiloide. Em particular, no tocante á difteria, numerosas observações já demonstraram este fato. Durante a grande guerra, Conheim comprovou o mesmo, em victimas de vastos ferimentos supurados e que poucos dias resistiram. Notaveis tambem são as observações de Castaigne: amiloidose precoce (não só renal como tambem hepato-esplenica) algumas semanas após o inicio de pleuris purulento. Outro tanto succedeu no caso de Litten: empiema datando de dois mezes e meio.

Fenomeno curioso, os tumores renais malignos podem repercutir sobre o rim oposto, nele provocando a amiloidose, aliás concomitante no fígado e baço.

Importa ainda conhecer a *produção experimental* da nefrose amiloide.

Surtiu positiva a experiencia celebre de Hirschfeld: inoculação, em animais, do pus de carie ossea, proveniente dum individuo affectado de amiloidose renal.

Bouchard, Charrin, Claude e muitos outros reproduziram a afeção, por meio de germens ou toxinas: bacilo piocianico, bacilo de Koch, estafilococo, tuberculina, etc.

Em pesquisas notaveis, Frank teria obtido a nefrose amiloide, inoculando em animais o diplobacilo de Friedlaender. E, facto interessante verificado por ele em todos os individuos acometidos de amiloidose difusa, este germen crescera na hemocultura. Portanto, conforme Frank, seria o diplobacilo de Friedlaender o responsavel directo pela nefrose amiloide. O germen, saindo dos focos supurativos, penetraria no sangue e secundariamente atingiria o tecido renal. Entretanto, semelhante etio-patogenia ainda não foi confirmada. E talvez não tenha cabimento fóra das supurações cronicas.

Não só com germens e toxinas se consegue a reprodução experimental da nefrose amiloide, senão tambem com o auxilio de proteínas. E' o que sucede com o lab-fermento e com a pancreatina. No mesmo sentido, Letterer enxertou o baço normal em pleno peritoneo de animais e obteve a amiloidose, ao cabo duma semana; o que ele explica pelas modificações do metabolismo, pela formação de albuminas estranhas, sob a influencia do enxerto. A favor desta interpretação tambem depõe a experiencia de Kuczynki, que teria reproduzido a amiloidose, alimentando camundongos principalmente com leite, ovos e queijo.

Substancias estranhas e prejudiciais, quando introduzidas no organismo, tambem podem ocasionar a amiloidose. Esta foi obtida por Yoshikawa e Murata injetando, em cobaias, acido silicico coloidal e silicato de sodio.

Noutra ordem de ideas, a experimentação ainda demonstra que a nefrose amiloide não é privativa de processos cronicos, como se pensava antigamente. Já vimos que as lesões estão constituidas ao cabo duma semana apenas, na experiencia de Lettereo, isto é, enxerto peritoneal do baço. Além desta prova, Castaigne obteve o quadro anatomopatologico, em menos de um mês, inoculando o pus de individuos portadores de amiloidose reno-hepato-esplenica.

Cuidemos agora do ultimo tipo de nefrose, isto é, a

NEFROSE NECROTICA

Assim se denomina a fôrma em que a lesão predominante é a necrose do epitelo tubular.

Estudando a sua histo-patologia, prestemos atenção ao seguinte esquema:

Histo- patologia	Necrose do epitelo tubular	{	Aumento de volume das células
			Diminuição da luz tubular
			Protoplasma { Turvo e granuloso ou homogeneo, sem estrutura
			Nucleo destruido
			Descamação celular
	Lesões difusas ou em foco		
	Ramo descendente da alça e canal coletor quasi intatos		
	Degenerações tubulares concomitantes		
	Glomerulos	{	Lesões discretas, em geral
			Inchação turva das células endoteliais
Infiltração intersticial			
	Nefrose necrotica por sublimado	{	Deposito de calcio
			Infiltração intersticial mais intensa

O epitelo tubular entrando em necrose, as células mostram-se tumefactas; a luz canalicular mingua; o protoplasma é turvo e granuloso ou, pelo contrario, homogeneo, sem estrutura; o nucleo desprega-se; e as células descamam, constituindo uma profusão de cilindros.

Estas lesões são difusas nos casos graves; e insulares naqueles susceptíveis de regeneração.

Tudo isto predomina nos tubulos contorneados. Pelo contrario, o ramo descendente da alça de Henle e o canal coletor estão quasi sempre indenes ou ligeiramente atingidos

Ao lado das lesões necroticas, são indefectíveis os processos degenerativos, sobretudo a inchação turva, hialinização e esteatose.

Ao invés dos tubulos, nos glomerulos as lesões são geralmente discretas, ocorrendo apenas degeneração albuminoide de algumas células endoteliais. Sem embargo, em um ou outro glomerulo, a tumefação turva é intensa, tornando impervio o novelo.

Fato interessante, a nefrose determinada pelo sublimado corrosivo oferece uma nota caracteristica: um deposito calcareo no interior das células tubulares e dos elementos descamados, deposito que se cora em azul pela hematoxilina. Em torno destas células assim im-

pregnadas de calcio, nota-se, para o lado do tecido intersticial, uma infiltração parvi-celular mais intensa, de origem quimiotóxica.

Qual o mecanismo da calcificação? Variam as opiniões. Para uns, a precipitação seria um epifenômeno, secundário à necrose e condicionado pela avidês de calcio própria dos tecidos mortos, enquanto que para outros o depósito se faria em fase pregressa. Dizem uns que a substância provém do tecido osseo, descalcificado sob a influencia do sal de mercurio; dizem outros que ela se fórma no citoplasma epitelial. Ha quem afirme a origem sanguinea, em opposição aos que asseveram a proveniencia urinaria, isto é, a calciuria impregnante. Em suma, neste particular, tudo incertezas.

O *quadro macroscópico* não é característico. O volume, geralmente, não se modifica. A superfície externa é palida. Ao corte, também palida é a substancia cortical, em focos ou de maneira difusa.

As *causas* da nefrose necrotica resumem-se em toxicas e infecciosas.

Multiplos são os toxicos idoneos: sublimado, cantaridina, acido cromico, bismuto, salvarsan, veronal, copaiba, cubebas e muitos outros. Munk acredita que os venenos insolúveis nos lipoides (sublimado, veronal, etc.) occasionam de preferencia a nefrose necrotica, ao passo que os soluveis (fosforo, cloroformio, etc.) antes determinam a nefrose gordurosa.

Todas as molestias infecciosas, de summa gravidade, por intermedio das respectivas toxinas, podem originar a nefrose necrotica; sobretudo, a difteria, a febre tifoide, a colera e as septicemias.

De um modo geral, salvo excepções, a etiologia toxica anda ligada á forma difusa, grave portanto; pelo contrario, as infecções antes provocam a fórma insular, benigna por consequencia.

* * *

Como acabais de ver, a anatomia patologica das nefroses é bastante característica, o que bem justifica o seu isolamento.

Na proxima aula, trataremos das nefrites.

Av. Rodrigues Alves, 43

“METRICIDINA”


DO PROF. DR. ALEIXO DE VASCONCELLOS

Padrão das Vaccinas na moderna vacinação pelvica

AMOSTRAS COM O DEPOSITARIO:


FRANCISCO SANTOS

RUA JANDAIA, 34 — TELEPH. 2-6634 — SÃO PAULO



TRATAMENTO DE DOENÇAS DOS INTESTINOS,
PRISÃO DE VENTRE, DERMATOSSES DE ORIGEM
INTESTINAL, DIABETES, FEBRES TIFOIDES,
ENTERITES, DISENTERIAS, ENTEROCOLITES, ETC.

Lactosymbiosina



ASSOCIAÇÃO DE BACILOS LATICOS, LEVE-
DURA DE CERVEJA E EXTRATO DE MALTE.

A PEDIDO ENVIAM-SE AMOSTRAS AOS
SRS. MEDICOS

LABORATORIO SANITAS DO BRASIL

São Paulo - Lisboa

RUA JOÃO PASSALACQUA, 58 — CAIXA POSTAL, 2240 — S. PAULO

RHEUMATISMO?: RHEUMALINA!



Formula da "Rheumalina"

cada colher das de sopa contém:

Salicylato de sodio purissimo (recrystalizado em pequenas agulhas)	grs.
Iodureto de potassio puro	1,00
Extracto estabilizado de Equinodorus macropilus (chapau de couro)	0,25
Idem Polipodium lipidopteris (samambaia)	q. s.
Tint. de genciana.	q. s.
Glycerina neutra	3 c. c.
Xarope de casca de laranjas amargas	q. s.

**FORNECEMOS AMOSTRAS. QUANDO SOLICITADAS, AOS
SENHORES CLINICOS.**

LABORATORIO DA "RHEUMALINA"

Rua das Palmeiras, 12. Tel. 5-2667. São Paulo

Ação hemostatica da pielografia pelo bromureto de sodio a 30 % na nefrite hematurica (*)

Dr. Jarbas Barbosa de Barros

Urologista da Beneficencia Portuguesa

A presente comunicação visa registrar o fato que por 3 vezes observei da pielografia ascendente pelo bromureto de sodio a 30 % ter determinado a cessação da hematuria renal então presente. Vou primeiro relatar de modo resumido as observações, para depois discutir o fato.

OBS. I: C. A. trinta e poucos anos, branco, casado, portuguez.

Queixa: urina sangue.

Anamnese: Ha 6 mezes vem tendo ininterruptamente as urinas hemáticas; não se clareiam pelo repouso, nem são influenciadas pelo movimento, não teve colicas; não teve febre; não incharam os pés; acha-se muito enfraquecido attribuindo essa fraqueza á persistencia da hematuria que não cedeo a nenhum dos tratamentos medicos instituidos.

Exame físico: Pronunciada anemia. Não ha edemas. Os rins não estão aumentados á palpação. Pela palpação e pelo toque nada notei de anormal no aparelho genito-urinario.

SEPARAÇÃO DE URINAS EM 11-9-31.

	R.E.	R.D.
vol.	55 cc.	45 cc.
D.	1010	1014
alb.	contem	contem
uréa	2 por mil	3 por mil
Chloretos	9 por mil	13 por mil

R.D. pequena quantidade de puz; varias hemacias e celulas descamadas.

R.E. numerosas hemacias e celulas descamadas.

R.D. e R.E. culturas negativas.

Pela cistoscopia a hematuria era a esquerda, a separação confirmando fez-se a exploração radiologica dos rins em especial do esquerdo, nada se observando

1) Trabalho apresentado á sessão de Urologia, de 25-3-33, da Associação Paulista de Medicina

de anormal. A pielografia bilateral pelo bromureto tambem nada de anormal revelou. Imediatamente depois da pielografia a hematuria desapareceu. Tornei a ver o doente 6 mezes depois, estava passando bem, tinha-se fortalecido bastante; a hematuria não tinha reaparecido.

OBS. 2 : A. O. B., trinta e poucos anos, casada, multipara, branca, brasileira.

Queixa : urina sangue.

Anamnese : ha 3 dias sem febre, mas com algumas dores lombares, notou coloração homogenea vermelho escura das urinas com formação de abundantes coalhos. A anamnese remota e familiar nada ofereciam de interesse.

Exame físico : pressão arterial normal ; nos outros aparelhos nada de particular. A urina era fortemente hematica, hematuria total, ininterrupta. Não ha edemas. Cistoscopia : nada de anormal na bexiga ; o meato ureteral direito dava passagem a urina francamente hematica. Cateterismo ureteral bilateral facil até 25 cms. dos dois lados. Cromo cateterismo pelo indigo carmin intra muscular :

	AZUL CLARO	AZUL ESCURO
R.D.	7'	15'
R.E.	6'	15'

SEPARAÇÃO DE URINAS EM 4-1-32.

	R.D.	R.E.
vol.	5 cc.	2 cc.
clor.	7,5 por mil	10 por mil
urea	16 por mil	19 por mil

R.D. grande quantidade hemacias ; não ha germes ; não ha b.K.

R.E. numerosas celulas descamadas e varias hemacias, culturas negativas, não ha Koch.

Exame radiologico : radiografia simples, nada de anormal.

Pielografia pelo bromureto : tanto no R.D. como no R.E. nada de anormal.

Evolução : desde a primeira micção depois da pielografia as urinas estavam absolutamente claras e assim se conservaram. Algum tempo depois tive noticias de que a doente estava passando bem.

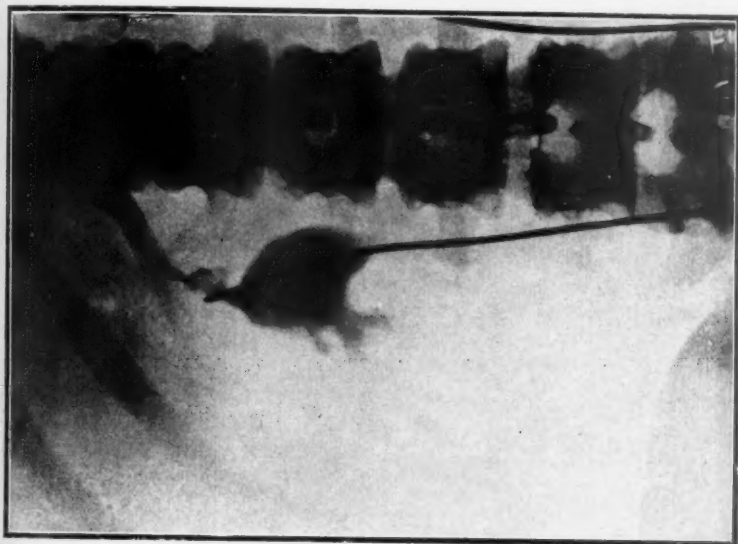
OBS. 3 : M.P.C., pardo, casado, 51 anos, lavrador, brasileiro.

Queixa : urina sangue.

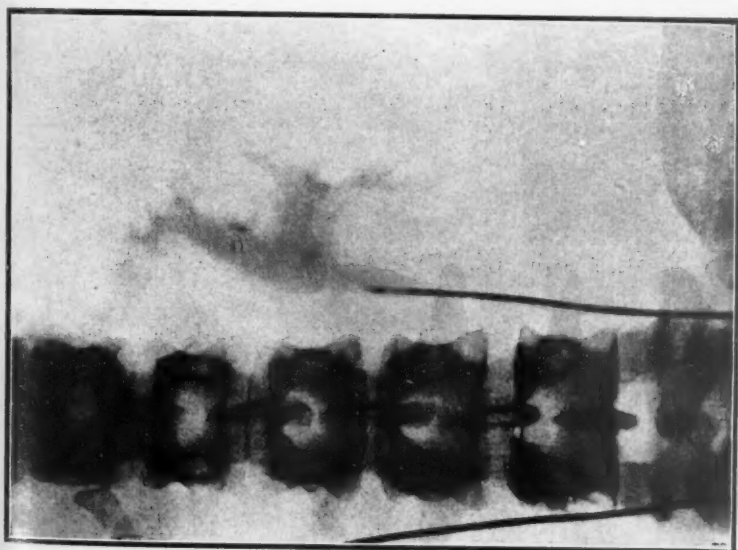
Anamnese : Ha 12 anos começou a aparecer uma hematuria que se mantem constantemente, fraca, de la para ca, sem colicas, com fracas dores de costas, sem febre, sem polakiuria. Ha uma semana depois de grande esforço sente dores na fossa iliaca direita.

Exame físico : pressão arterial M. 11,5m.6 ; nada de anormal quanto aos outros aparelhos e sistemas a não ser um pronunciado nervosismo. Não ha edemas ; pela palpação e pelo toque conseguimos determinar a existencia de uma prostata aumentada e uma hidrocele a esquerda no que se refere ao aparelho genito urinario. A urina, hematica, apresenta uma coloração avermelhada clara, suja, fluida, não se notando a presença de coalhos. Cistoscopia : dado o extremo nervosismo do doente, tive que anestesia-lo com cloretila para poder fazer rapidamente o cateterismo ureteral bilateral, de passagem notei que a bexiga era trabeculada, mas não tive tempo para ver se somente um ou os dois ureteres emitiam urina hematica. Ao cateterismo encontrei obstaculo bilateral aos 15cms. Cromo cateterismo pelo indigo carmin intramuscular em março de 1932 :

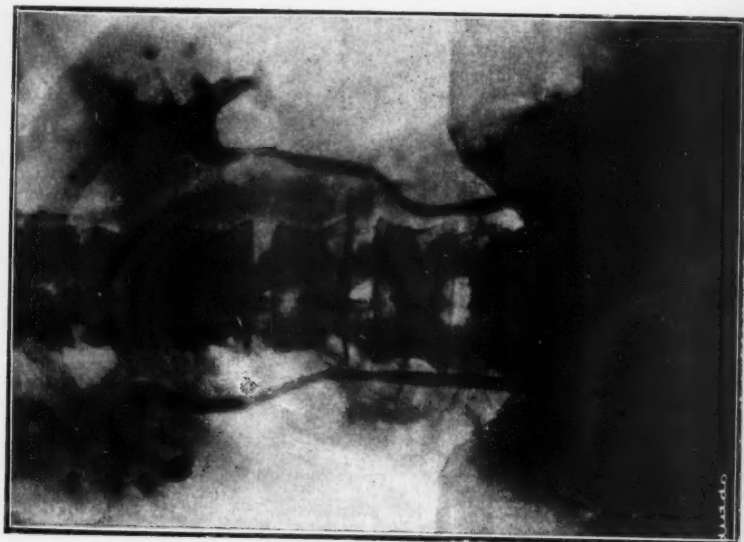




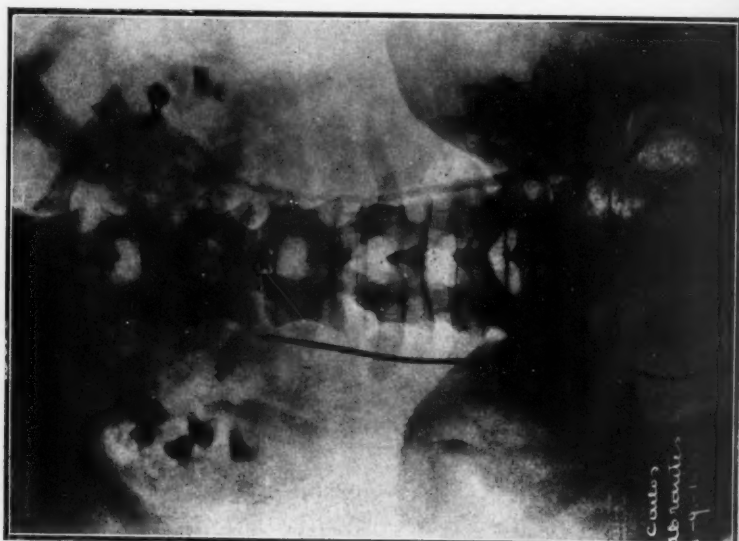
Obs. 2 — R. D.



Obs. 2 — R. E.



Obs. 3.



Obs. 1.

Obs. 1.

Obs. 3.

	AZUL CLARO	AZUL ESCURO
R.D.	11'	16'
R.E.	9'	23'
SEPARAÇÃO DE URINAS		
	R.D.	R.E.
vol.	6 cc.	5 cc.
alb.	contem	contem
assucar	não contem	não contem
clor.	12 por mil	11 por mil.
uréa	11 por mil	9,25 por mil

R.D. varias hemacias, alguns leucocitos degenerados, não ha germes.

R. E. varias hemacias, alguns leucocitos, não ha germes.

Exame radiologico: radiografia simples, não ha calculos. Pielografia: bacinete, calices e ureteres muito bem contrastados, nada de anormal.

D. Carlos Fernandes em 31-3-32.

Operei o doente da hidrocele tendo obtido cura per primam em 7 dias. Desde a pielografia as urinas ficaram claras, o que persistia 6 mezes depois.

COMENTARIOS: — Com a negatividade dos exames praticados na indagação duma eventual causa urológica para a hematuria existente, com a discordancia dos resultados dos mesmos exames em relação á sintomatologia geralmente aceita para as classicas formas hematuricas do mal de Bright, admitti como diagnostico de trabalho nos meus casos a nefrite hematurica, diagnostico que quasi sempre só se pôde fazer por exclusão, como nos casos presentes, diagnostico que, apesar de confirmado em casos clinicos analogos por numerosas verificações intra-vitam e post-mortem, sempre se enuncia com uma certa reserva dada a carencia de elementos clinicos que permitam sua justificação a não ser por dados negativos.

De fato os cirurgiões que em casos analogos foram obrigados á nefrectomia e mandaram examinar os rins extraídos encontraram sinnaes de glomerulonefrite em focos como ATHAYDE PEREIRA entre nós e o PROF. RICARDO SPURR na Argentina. O PROF. ESTELITA LINS, do Rio de Janeiro, deante de um caso analogo aos precedentes e aos meus, aceita o diagnostico de pielonefrite hematurica acreditando na predominancia das lesões do bacinete na genese da hematuria, ponto de vista de que me permito discordar em face dos documentos apresentados ao justifica-lo e das numerosas verificações em contrario clinicas e anatomicas já feitas, todas concordes em localizar nos glomerulos a sede inicial da hematuria, apesar de já serem conhecidos casos de pielite cistica com hematuria pois que até neles se verificou a existencia de glomerulonefrite.

Falei acima em diagnostico de trabalho: de fato nas hematurias renais unilaterais, mais raramente bilaterais em que não se consegue desvendar uma causa urológica, nem demonstrar a presença de mal de Bright (edemas, hipertensão arterial, prejuizo de função), nem de causa geral discrasica, impõe-se admitir, segundo os classicos, a existencia duma nefrite hematurica, entidade clinica, individualisada por ALBARRAN e ISRAEL, magistralmente descrita por POUSSON e que

realmente abrange a maior parte dessas hematurias doutro modo inexplicáveis.

O ponto fraco desse diagnostico entretanto é exatamente o fato de não englobar a nefrite hematurica todos os casos de hematurias renais nas condições em apreço, de fato como distinguir clinicamente uma nefrite hematurica dum pequenino foco de tuberculose renal, dum pequeno tumor cortical, duma incrustação mineral do apice duma papila, dum pequeno angioma papilar (citados por ISRAEL), duma variz papilar (FENVICK), casos em que já foram observadas hematurias profusas? Sem falar da hemofilia hoje muito discutida, e dos dois celebres casos de SCHEDE, KLEMPERER em que a mais minuciosa pesquisa microscopica não foi capaz de revelar lesões renais. Sem aprofundar por outro lado as diferenças de concepção dos clinicos modernos no que se refere ao mal de Bright, onde encontramos ao lado da autoridade indiscutível de VOLHARD afirmando a existencia autonoma duma glomerulite ou glomerulonefrite em focos, patogenicamente muito diversa da glomerulonefrite difusa, entidade de prognostico remoto favoravel, salvo quando a hematuria é ameaçadora, e que se superpõe exatamente á nefrite hematurica dos urologistas, a opinião discordante de ROSENBERG, que diz faltarem até agora provas anatomopatologicas suficientes da existencia de tal nefrite em focos, de sorte que é talvez mais seguro falar por enquanto, nestes casos, de glomerulonefrite benigna sem perturbações funcionais e sem lesões extra-renais; essa divergencia de opinião se reflete até no tratamento instituido por ROSENBERG para o caso de que se serviu ao explanar o assunto.

Em resumo estas dificuldades todas de diagnostico diferencial n'estes casos, casos de fronteira entre a medicina e a cirurgia, impõem uma certa reserva ao formular e aceitar o diagnostico de nefrite hematurica ou glomerulonefrite em focos, e a necessidade de aplicar a mais apurada tecnica urologica no seu estudo ao lado do mais rigoroso exame clinico. Não menos interessante seria que as formas hematuricas do mal de Bright sem hipertensão passassem sempre por um exame urologico para ser possivel do confronto das diversas formas com meios semioticos analogos, estabelecer caracteristicas que permitam fundamentar melhor o diagnostico desta variedade das nefrites hematuricas.

Apesar de não me ter sido possivel usar do rigor que reputo necessario no estudo dos meus casos, em parte devido ao inesperado efeito terapeutico, aceitei o diagnostico de nefrite hematurica seguindo o metodo da exclusão como ensinam os classicos, a falta de melhor (lamento especialmente não ter podido medir a azotemia, porque já encontrei um caso de hematuria renal unilateral analogo aos precedente mas com azotemia de 0,58); confirmou-me nessa opinião a evolução ulterior dos casos pois que não se apresentou mais tarde nenhuma das afeções quer cirurgicas quer clinicas que acima recordei, ao falar do diagnostico diferencial.

Isto posto, é notável que nestes 3 casos logo imediatamente depois da pielografia tenha desaparecido a hematuria, e suponho que ha nestes 3 casos mais do que uma simples coincidência. O efeito foi tão imediato e repetiu-se com tanta regularidade que admito uma correlação entre a pielografia pelo bromureto de sodio a 30 % e a cessação imediata da hematuria. Qual seja o mecanismo é difícil explicar, de qualquer forma, não suponho que seja identico ao da lavagem do bacinete com soluções fortes (1, 2 e 5 %) de nitrato de prata e que pelo contraio, seria mais plausivel aproxima-lo do modo de agir da instilação pielica de adrenalina a 1 por mil, e assim penso, porque tendo pedido ao DR. ORIA da Faculdade de Medicina, um exame anatomopatologico dum rim pelvico, nefrectomizado por mim, depois de pielografado na vespera, não foi ele capaz de descobrir no bacinete traços de reação inflamatória, nem mesmo de congestão ativa, não obstante macroscopicamente parecer congesto o bacinete, logo depois da nefrectomia.

Tem-se a impressão de se fazer a hemostasia por um mecanismo vasomotor, aliás a pielografia, com a distensão rápida do bacinete, determina tão frequentemente perturbações gastricas reflexas tais como náuseas, e vômitos, independentemente de erros de tecnica, além de mal estar geral, não é de todo desarrazoada a hiothes em apreço o que só poderá ser esclarecido por estudos ulteriores, que cuidarão tambem da possível ação farmaco-dinamica do bromureto de sodio injetado em solução hipertônica.

Seja qual fôr o mecanismo da hemostase na pielografia ascendente pelo bromureto de sodio a 30 %, é de recomendar-se que ao elucidar um caso de hematuria ela seja utilizada porque ao lado dos dados diagnosticos, ainda pôde resultar um efeito terapeutico inesperado muito do agrado dos pacientes.

P. S. — Na discussão os Drs. Honorio Dias Soares e Costa Manso lembraram cada um, um caso pessoal em que houve hemostasia pela pielografia mas com iodureto de sodio a 15 %. O Dr. Cristiano de Souza tem um caso perfeitamente igual aos meus. Para estudar o mecanismo dessa hematosia é portanto bom lembrar que com sais diferentes em soluções hipertônicas, se chega ao mesmo resultado, e isso constitue tambem mais um argumento para preferir a pielografia ascendente, tão mais precisa na elucidação das hematurias supravescicais.

Rua Senador Feijó, 27

BIBLIOGRAPHIA

- PEREIRA ATHAYDE, — *Nefrite embolica não purulenta com ruptura do rim — nefrectomia e cura.* — Bol. da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo. — Vol. X, 3.ª serie. — Fev., de 1928. — n.º 12.
- SPURR, PROF. RICARDO — *Nephritis nodular supurada hematurica.* — Revista Medica Latino Americana — ano XV, n.º 176 — Mario, 1930.
- ESTELLITA LINS, PROF. J. — *Pyelonephrite hematurica.* — Folha Medica — ano XI, n.º 14 — Rio de Janeiro, 15-5-1930.

IOBIL

FORMULA:

Oxi-iodeto de Bismuto 0,06 gr.
Oleo de olivas neutralizado e lavado com 10 % de
oleo de figado de bacalhau 2 cc.

VANTAGENS

- a) Aumenta os meios de defesa organica;
 - b) Acentua o tropismo do bismuto para os centros nervosos e sistema cardio-vascular;
 - c) Favorece a remoção das lesões cicatriciaes;
 - d) Efeito especifico muito rapido, devido á presença do agente catalisador e á atuação sinergica do bismuto e do iodo;
 - e) Fluidez e omogenisação perfeitas;
 - f) Ausencia de nodulos e fenomenos inflamatorios.
-

Indolor tolerancia perfeita. *Atoxico* ação prompta.

Otimo indice terapeutico

Resultados clinicos invulgares.

PARA CRIANÇAS:

IOBIL INFANTIL

AMOSTRAS E LITERATURAS AO

INSTITUTO DE THERAPEUTICA "HUMANITAS"

CAIXA POSTAL. 1381 - SÃO PAULO

Considerações anátomo-patológicas em torno de dois achados d'uma necroscopia

- 1 - Aneurisma calcificado
do coração.
- 2 - Ectopia renal.

Dr. Hilario Veiga de Carvalho

2.º Assistente do Instituto de Medicina Legal "Oscar Freire"
da Faculdade de Medicina de S. Paulo

Em uma comunicação feita á "Semana do Laboratório" na sessão de 12 de janeiro de 1932 e publicado no VII volume dos "Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo" sob o titulo "Achados de uma necroscopia médico-legal", diziamos, o prof Flaminio Favero e eu, a propósito dum aneurisma calcificado da parêde do ventrículo esquerdo, ser esta lesão pouco encontradiça. Como que para nos contraditar, quiz o fado que me caísse em mãos, logo após, um novo caso de litocordia aneurismal. A primeira impressão seria, dada a coincidência, que os aneurismas do coração fossem mais freqüentes do que se supõe geralmente. Socorri-me, porém, da estatística e a organizada na nossa Faculdade pelo Departamento de Antomia Patológica nos ensina que, em 1329 necroscopias realizadas de 1.º de maio de 1931 a 1.º de maio de 1932 (aí incluídas, porém, 669 praticadas em cadáveres de 6 horas a 2 anos de idade), somente 3 aneurismas do coração foram encontrados, o que dá a percentagem de 0,22 % sendo nêsse número incluído o por nós publicado na obra citada; de todos êles só o de nossa observação, porém, se apresentou calcificado, o que rebaixa a percentagem dêste tipo de aneurisma para 0,073 %. Estávamos, pois, em verdade ao afirmar a relativa raridade do aneurisma cardíaco e a mais acentuado escassez da sua forma calcificada.

Eis porque, ao topar com o meu segundo caso, me lancei á obra de o comunicar aos interessados no assunto, se bem que tenha to-

mado a estatística referente a um só ano para base. Colaborou, também, para que o publicasse o facto de, no mesmo cadáver, encontrar uma anomalia topográfica do rim.

Vejamos, pois, o que de mais interessante, a propósito, encontrei no cadáver de C.F., italiano, branco, casado e de 64 anos de idade :

1) O pericárdio apresenta os seus folhetos algo espessados notando-se entre eles, num ponto situado em correspondência com a face anterior do ventrículo esquerdo e um pouco acima da ponta, uma aderência fibrosa assaz resistente (vide fig. n.º 1-a).

2) O coração, que foi retirado juntamente com o saco pericardial para facilitar o seu estudo, mede 12,5 x 11,5 x 5,5 cms. e pesa 450 grs.; o orgam apresenta a sua consistência diminuída e acha-se tinto pelo pigmento hemático (a necropsopia foi praticada 47 horas apoz o desenlace letal); nota-se, no entretanto, na região da ponta, ao tactear, uma zona bastante endurecida e que á percussão com um instrumento metálico, dá um som lembrando o do osso; a fórma do coração está de acôrdo com o normal excepto no facto de se notar, na ponta, ao nível da porção endurecida, uma ligeira gibosidade (fig. n.º 1-b).

3) Aberto o coração, nota-se que todas as cavidades são amplas; as válvulas, que apresentam as suas lacínias algo espessadas, medem 8,5 cms. a mitral, 8 cms. a pulmonar a 12,5 cms. a tricúspide; a válvula aórtica não foi medida devido a se ter poupado a peça o quanto possível; notou-se, no entretanto, que ela apresenta nas suas valvas placas endurecidas, algumas calcificadas e mais notáveis do lado da artéria; a manobra hidrostatica, se bem que discreta, mostrou a insuficiência desta válvula.

Nota-se no ventrículo esquerdo, a partir do "apex" e formada á custa da parede anterior e do septo, uma cavidade abrindo-se para o ventrículo, medindo nas suas maiores dimensões 4,5 x 6 cms., com paredes endurecidas e recobertas pelo endocárdio que se acha espessado; essa cavidade, relativamente profunda (fig. n.º 1-c), apresenta as suas paredes rúgosas, estando, porem, livre de coágulos ou de formações trombóticas; o miocárdio, que é de colorido vermelho-escuro, ao ser incisado, mostra estrias de tonalidade esbranquiçada, ora finas, ora formando zonas mais largas; em espessura, mede o músculo cardíaco 17mms. no ventrículo esquerdo, nos pontos não atingidos pelo processo assinalado, e 6 mms. no ventrículo direito.

A fig. n.º 2 mostra uma radiografia do coração em que se veem em *a a* placas de calcificação, adensadas em *b b*.

4) As coronárias apresentam-se endurecidas e tortuosas; os seus orifícios iniciais, se bem que circundados por placas calcificadas, conservam-se permeáveis. Cortadas em sentido perpendicular ao seu eixo, mostram-se em alguns pontos resistentes á lâmina, indicando calcificação; vê-se que as suas luzes se acham bastante estreitadas, maxime no ramo interventricular anterior da coronária esquerda, alguns milímetros abaixo do sulco auriculo-ventricular, onde aparenta obliteração.

5) A aorta apresenta-se muito atingida por antigo processo átero-escleroso, mostrando inúmeras placas de calcificação.

6) O exame microscópico do músculo cardíaco revela uma esclerosa pronunciada mesmo em pontos distanciados do aneurisma; nota-se, também, um aumento do pigmento lipofusínico.

7) Do estudo histo-patológico a que procedi em côrtes das coronárias corados com hematoxilina-eosina, hematoxilina-Sudão III e Weigert-Sudão III, pude chegar á conclusão de existir um processo átero-escleroso em alguns pontos atingido por grave degeneração calcária e em outros acrescido de proliferação da íntima, quadros esses encontrados em ambas as artérias coronárias, mais acentuadamente, porem, na esquerda; é o que se pôde verificar na fig. n.º 3 que





Fig. 1

Aneurisma apexiano esquerdo crônico calcificado do coração. Macrofotografia reduzida. Vê-se em **a** uma aderência pericárdica, em **b** a gibosidade externa do aneurisma e em **c** a cavidade do mesmo.

Kalkifiziertes chronisches Aneurysma der linken Herzs Spitze. Macrofotografie reduziert. Man sieht in **a** — einer Zusammenhang mit dem Perikard, in **b** — die Ausbuchtung de Aneurysma, in **c** — die innere Höhlung desselben.



Fig. 2

Aneurisma apexiano crônico calcificado coração. Radiografia mostrando em **aa** placas de calcificação adensadas em **bb**.

Kalkifiziertes chronisches Aneurysma der linken Herzs Spitze. Röntgenaufnahme. Man sieht in **aa** — die Verkalkungsherde, in **bb** — dieselben ineinander übergehend.



Fig. 3

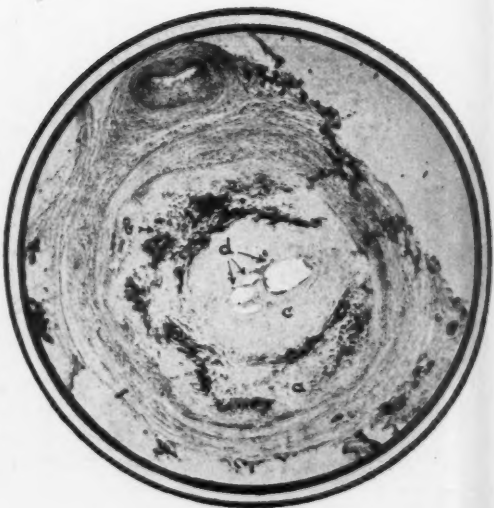
Córtex transversal do ramo interventricular anterior da coronária esquerda. Vê-se em a acentuado processo de esclerose, em b focos de degeneração ateromatosa e em c acentuada proliferação da íntima. Coloração pelo Weigert-Sudan III — Microfotografia — (microscop. Zeiss, obj. 3 \times Zeiss, oc. peripl. Leitz \times).

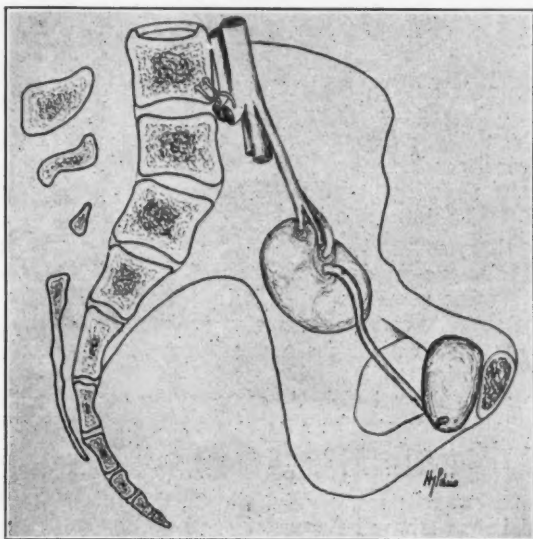
Querschnitt des interventriculären linken vorderen Coronariaastes. Man sieht in a — accentuierter Prozess von Sklerose, in b — Stellen von ateromatöser Degeneration, in c — Ausgesprochene Wucherungen der Intima. Färbung mit Weigert-Sudan III — Mikrofotografie.

Fig. 4

Córtex transversal do ramo interventricular anterior da coronária esquerda praticado alguns milímetros abaixo do sulco aurículo-ventricular. Vê-se em a, b um processo ateroscleroso grave, em c um trombo organizado tomando a luz do vaso e com indícios de recanalização, d. Coloração pela Hematoxilina-Sudão III — Microfotografia — (Microscop. Zeiss, obj. 3 \times Zeiss, oc. 125,5 \times Zeiss ortosc.).

Querschnitt des interventriculären linken vorderen Coronariaastes. Man sieht in a, b — schweren atherosklerotischen Prozess, in c — Thrombus den Raum des Gefäßes einnehmend, mit Anzeichen von Wiedereröffnung des Gefäßes lumens. Färbung mit Hämatoxilin-Sudan III — Mikrofotografie.





Desenho N.º 1 Zeichnung 1

Ectopia unilateral homolateral pélvica esquerda. Descrição no texto.

Einseitige Ectopie des linken Nierenbeckens. Beschreibung im Text.

mostra um corte do tronco da coronária esquerda, corado pelo método de Fischer e onde se nota um acentuado processo de esclerose do vaso (a), com focos de degeneração ateromatosa (b) e acentuada proliferação da íntima (c). No ponto em que verifiquei, macroscopicamente, a obliteração do ramo interventricular anterior da coronária esquerda (4), pratiquei cortes de que obtive a microfotografia da fig. n.º 4 em que se demonstra haver um processo átero escleroso grave (a, b) e em que a luz do vaso foi tomada por um trombo já organizado (c), fornecendo indícios de recanalização (d); notam-se, também, pequenos núcleos de calcificação.

Bordem-se, agora, algumas considerações em torno da fenomenologia apresentada no relato ora feito.

Preliminarmente, convém recordada, duma forma sucinta, a circulação cardíaca nos pontos mais interessantes de sua anatomia e fisiologia.

Como se sabe, as *artérias coronárias*, provindas da aorta e classificadas em *direita* e *esquerda*, depois de se dividirem e subdividirem em seus ramos, formam duas rês anastomóticas principais situadas, uma externamente — a *subepicárdica* — e outra internamente — a *subendocárdica* — capilarizando-se as quais, de acôrdo com os outros ramos coronários, vão dar ensejo a que se forme a circulação

de retorno — as *veias do coração* (1). Se bem que devamos considerar as artérias do coração fisiologicamente terminais, em dada circunstância, aquelas rêdes podem suprir a falta de arterialização de um dado território graças á permissão que o seu "substractum" anatómico concede, como o vimos. Esta circulação de empréstimo, desde já convem dito, mais e melhor se estabelece na rêde anastomótica subepicárdica, visto ser mais rica e possuidora de vasos mais calibrosos, que na subendocárdica. Convem, no entretanto, assinalado que, em 3 % das vezes, não ha anastomoses.

Além desta contextura artério-venosa, tem o coração um sistema angiológico que lhe é proprio e que é constituído pelos *vasos de Tebézio*. São êles pequenas veias (talvez assim impropriamente denominados) que formam arborizações no interior do músculo cardíaco, mormente ao nível dos septos interauricular e interventricular e dos músculos papilares. De um lado elas mantem anastomoses com o sistema circulatório do coração (com as veias directamente e com as artérias mediante os capilares) e com as arborizações tebesianas vizinhas; de outro lado — character importante — abrem-se nas cavidades cardíacas.

Êste profuso sistema circulatório (coronário e tebesiano) que garante ubérrima alimentação ao proprio organo que o acciona, apresenta numerosas variações quanto ao número de ramos que suas artérias fornecem e quanto á fôrma por que se anastomosam (quando se anastomosam) daí resultando diversa a resistência do organo a mutações que se instalem no seu arranjo circulatório. Ha a salientar, ainda, que a penetração dos vasos no músculo cardíaco se faz diversamente no ventrículo esquêrdo e no ventrículo direito, naquêlê sendo perpendicularmente e nêste de uma fôrma mais oblíqua o que, como será visto, tem ligação com a patologia

Do ponto de vista fisiológico, sabe-se que no momento da sístole, quando aumenta a pressão intra-aórtica, o sangue penetra nas artérias coronárias, não chegando, porém, até aos ramos intra-murais, pois que isto é impedido pela propria contracção miocárdica; esta, porém, expulsa o sangue aí existente para o sistema de retorno o qual o recebe por estar isento de pressão interna (ou tendo-a menor). Na diástole, então, vai o sangue embeber os tecidos e fornecer-lhes novo provimento alimentar (2).

1) Autores ha que consideram tres tipos de veias no coração: as que se lançam no *seio coronário*, as que desembocam directamente na *aurícula direita* e as *veias minimas* (vasos de Tebézio de que nos occuparemos adeante) que se abrem nas proprias cavidades cardíacas. Assim, após a capilarização arterial, iria o sangue colectar-se em vasos que se lançariam na aurícula direita mediante o *seio coronário*, na mesma aurícula directamente e nas cavidades cardíacas, inclusive esquêrdas, pelos vasos de Tebézio.

2) Quanto á fisiologia dos vasos de Tebézio, confessemos, a nuvem que a encobre é ainda muito densa, não permitindo descortinar algo através dela, mesmo apoz os belos trabalhos a que se tem entregado pesquisadores capazes e pacientes; deve ser isso reflexo do escasso conhecimento de que ainda se resente o campo anatómico. Devo, no entretanto, assinalar o que Kretz delucidou sem, contudo, comentar as suas asserções. Assim, em corações isentos de processos patológicos e utilizados poucas horas apoz a morte, injectando líquido apropriado nas artérias coronárias, verificou tal pesquisador que, "em média, somente a quinta parte do líquido de irrigação



Topograficamente, ressalvadas naturalmente as variações decorrente da inconstante distribuição vasal, pôde-se assim resumir a questão: são departamentos entregues á *artéria coronária esquerda* parte da face anterior e a face posterior da aurícula esquerda, a auricleta correspondente, a face anterior, a bórda, parte da face posterior junto a esta e a face posterior da região da ponta do ventrículo esquerdo, a parte vizinha do sulco interventricular anterior do ventrículo direito e a face posterior da região apaxiana do mesmo ventrículo, os dois terços anteriores do septo interventricular e os ramúsculos anteriores do ramo esquerdo do feixe aurículo-ventricular; á *artéria coronária direita* pertencem a aurícula direita, a auricleta respectiva, o septo interauricular, o nódulo sinusal, a face anterior do ventrículo direito excepção feita da parte correspondente á coronária esquerda, a bórda e a face posterior do mesmo ventrículo, grande parte da face posterior do ventrículo esquerdo, o terço posterior do septo interventricular, o nódulo aurículo-ventricular, o ramo direito do feixe aurículo-ventricular e os ramúsculos posteriores do ramo esquerdo do mesmo feixe.

Relembrados êstes pormenores, necessários ao desenvolvimento destas considerações, passo, agora, a esquematizar a patologia do aneurisma cardíaco, principalmente no que se refere ao presente caso, ao mesmo tempo que desenvolvo o raciocínio que presidiu ao estabelecer do diagnostico.

Por aneurisma do coração deve-se compreender uma cavidade mais ou menos ampla, quer em superfície, quer em profundidade, neoformada á custa das parêdes do coração e comunicando com as suas cavidades. Nem sempre, porém, assim se entendeu e, quando do início dos estudos de cardiopatologia, costumava-se dividir os chamados aneurismas do coração em dois grupos — *activos* e *passivos* — compreendendo-se por estas denominações, não aneurismas, mas sim, dilatações que, quando mantinham ou hipertrofiavam a musculatura cordial, pertenciam ao primeiro grupo e quando reduziam a espessura da parêde, se encaixavam no segundo "item". Ainda, em ou-

corre através das veias coronárias enquanto os 4/5 restantes tomam o seu caminho de volta pelas cavidades cardíacas" (vasos thesbianos). Este autor considera como médias, em casos normais, injectando uma certa quantidade de líquido, segundo a técnica de Crainicianu, as porcentagens seguintes referentes á dita massa injectada:

defflue {	do coração esquerdo:	18 %
	do coração direito:	62 %
	das veias	20 %

de onde, pois, assevera, apoz devida crítica (actuação "post-mortem", dificuldades de colheita do líquido, etc.), não se afastar muito das proporções acima indicadas (4/5 e 1/5). Em casos patológicos ha, naturalmente, variações mas sempre se nota uma elevada percentagem a favor dos vasos de Tebésio, geralmente predominando sobre as veias no que respeita ao seu papel na circulação de retorno. Distto decorre, tomando-se na devida conta as conclusões dêsse autor, que, mesmo na hipótese de se baixar e de muito a percentagem apontada, ainda grande papel desempenham as "venae minimae", maior do que aquêle que geralmente se lhes attribue. Fica suspensa uma pequena ponta do véo, o suficiente para permitir conferir-lhes, senão uma tam grande valia como Kretz deixa entrever, pelo menos uma função de relevancia na circulação cardíaca. Fica, tambem, demonstrada a presença de anastomoses entre o sistema artério-venoso e o thesbianos; sem embargo, êsse pesquisador refere uma variação do coeficiente anastomótico de 0 a 16 %

tras classificações se manteve certa confusão como nas que consideram aneurismas *circunferenciais* e *quistosas*, *totais* e *parciais*, incluindo sob as primeiras denominações as dilatações das cavidades cardíacas. Só os processos referentes ás segundas rubricas devem ser catalogados como aneurismas no sentido actual dessa palavra. Parece-me mais justo classificá-los (os verdadeiros aneurismas chamados quistosos ou parciais) obedecendo á sua topografia ou á sua fisionomia patológica ou ainda reunir as duas classificações o que seria mais expedicto e mais completo; assim, estabeleço a seguinte chave:

ANEURISMAS (classif. topogr.)	{	dos ventrículos	apexiano (direito ou esquêrdo)
			ântero - parietal (dir. ou esq.)
			póstero-parietal (dir. ou esq.)
			septal (direito ou esquêrdo)
			da base (direito ou esquêrdo)
			da bórda (direito ou esquêrdo)
			atípico
	{	das aurículas	
		das aurículas.	

Tambem se poderão dividir em *agudos* e *crônicos*, conforme as características de sua formação (súbita, lenta) ou de seu aspecto.

Geralmente, o aneurisma se apresenta formado por uma cavidade, via de regra, recoberta por coágulos ou atapetada de trombos ou ainda, quando a sua evolução já conta um notavel espaço de tempo, limpa e uniforme, como ocorre no presente caso (vide supra ³); as suas parêdes podem-se apresentar mais ou menos endurecidas, tal seja a idade do processo ou o motivo que lhe deu origem. Acontece, por vezes, que o sangue impulsionado contra um "locus minoris resistentæ", nêle cava um aneurisma, mas que se infiltra, dissociando a parêde do coração e dando lugar á fórma chamada *dissecante*.

O aneurisma pôde não dar sinais de sua existência á *inspecção externa do coração*; nalguns casos, nota-se um leve resalto por vezes recoberto ou em relação com aderências pericárdicas ou mesmo pleuro-pericárdicas; só excepcionalmente se encontram, porém, êsses eloqüentes indícios externos.

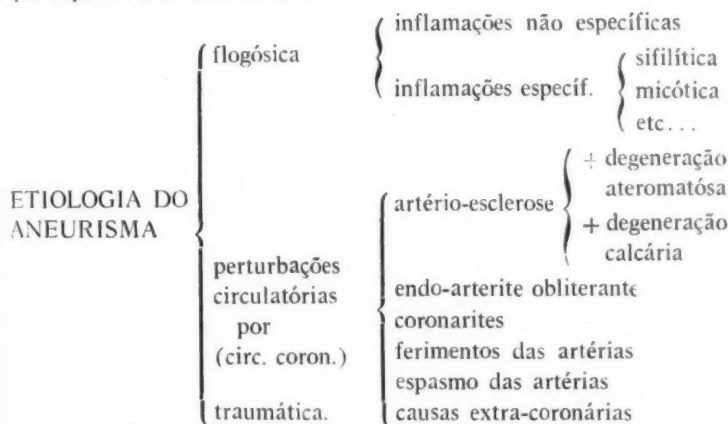
O presente caso ajusta-se, nêste particular, ao tipo médio, como vimos mais acima (1, 2).

Os aneurismas cordiais, ao que parece, podem-se encontrar em todas as *idades* pois que, se existem nas avançadas, tambem teem sido notados congenitamente. Quanto ás lesões incluídas sob esta última denominação, talvez se possa fazer alguma crítica, pois, quando se trate de simples dilatações cavitárias, mistér se faz afastá-las da denominação de aneurisma e quando êste exista com a verdadeira morfologia, melhor lhe caberia o título de malformação (aneurismal,

se o quiserem). Entre nós, o Dr. W. E. Maffei, do Departamento de Anatomia Patológica, assinala, num trabalho em vias de publicação (informação pessoal), um caso de aneurisma, perfeitamente caracterizado, colhido no cadáver duma criança de 11 anos de idade: êste é o limite mínimo registrado em nosso meio.

O *sexo*, a *raça*, as *condições sociais*, etc., parecem ter certa influência mas a tudo sobreleva o estado próprio do sistema vascular, especialmente do coração e o estado dêste mesmo orgam.

A etiologia do aneurisma poderá ser resumida no quadro infra, que supponho sintetisar o assunto:



Todas estas causas agem pelo mesmo conseqüente mecanismo: o *enfraquecimento da parêde cardíaca*. Deve-se, desde logo, assinalar que o grupo que mais contribúe para estabelecer êste "substractum" primivo é o das perturbações da circulação.

Estas perturbações circulatorias podem conduzir ao enfraquecimento da parede por todos os processos assinalados na chave supra (talvez com restrição ou mesmo exclusão do espasmo), devendo-se, no entanto, desde logo assinalar que mais interesse tem, para o seu aspecto morfo-patológico, a forma pela qual a perturbação se conduz do que, propriamente, o processo que a ocasiona; assim, é que relevaria primordialmente ser o distúrbio que determina a parada ou quasi da circulação de tipo *subitâneo* ou *lento*.

Convém advertir que o embaraço circulatório nem sempre traz alteração do miocárdio. A presença de lesões é a regra mas, em alguns casos, a exceção aparece. Concorre para isso haver uma circulação de suplência idônea para responder vicariamente pela nutrição do órgão por parte do restante sistema coronário e, provavelmente, também, um auxílio vindo das frondes tebesianas. Há a respeito destes últimos vasos experiências interessantes, além das já referidas, que parecem fornecer elementos para que de tal se suspeite;

assim, a ligadura das artérias promove a parada da circulação mas, se se fizer circular sangue oxigenado pelas cavidades cardíacas, voltam os batimentos por mais duas horas.

Para que a perturbação circulatória não determine seqüela definitiva no miocárdio, parece-me lógico, o restante da rede coronária deve ser indene de lesões progressas, pois é ao preço desta integridade que se efectua a circulação suplementar. Neste caso, só as causas extra-coronárias da perturbação poderiam permitir que se mantivesse íntegro o território alimentado por empréstimo; de vasos fracos, doentios, não se poderá esperar pecúnio hemático satisfatório. Igualmente se faz mistér que o músculo esteja hígido antes da interrupção circulatória, pois, é meridiano raciocínio que, assim, possa elle melhor resistir até se restabelecer a circulação colateral.

Encontra-se ausência de eco miocárdico, também, nos casos em que a parada da circulação emudece para sempre o coração, naquêles casos em que um território mais ou menos extenso de isquemia acarretou a morte súbita.

Para o restante dos casos, a perturbação circulatória traz dois tipos principais de conseqüências que, quando conjugados, podem formar mais um: quero falar do *infarto* e da *esclerose do miocárdio*.

Quando a parada da corrente circulatória ou sua notavel restrição se faz subitamente (conservando-se a vida) a regra é a formação dum infarto anêmico que evolve, geralmente, para a roptura do miocárdio (morte) ou para a *organização*.

Póde acontecer que seja elle surpreendido pelo aparecimento dum aneurisma numa dada fase de sua evolução, constituindo-se o mesmo, na maioria das vezes, duma forma aguda (3).

São máximas responsaveis pelo infarto as causas extra-coronárias (embolias, etc.) podendo as outras ocasionar iguais conseqüências quando tenham evolução rápida.

Quando a evolução do infarto atinge a organização, forn.am-se as *calosidades*, placas fibrosas que fornecem o quadro da esclerose do miocárdio, erroneamente alcunhada de miocardite crónica, denominação esta que se deve reservar exclusivamente para as inflamações com fenomenologia crónica. Neste periodo, também o aneurisma se póde formar á custa desta lesão que, enfraquecendo a parêde, lhe fornece campo para se desenvolver com o tipo de *aneurisma crónico*.

Nos casos em que a perturbação circulatória se faz lenta e progressivamente, o miocárdio passa a pouco e pouco para o estado de *esclerose*; a "myofibrosis cordis" (tambem, por vezes, confundida com a miocardite crónica), seria, pois, devida á má nutrição, não corrigida por uma rede circulatória colateral, sem que o músculo, ao que parece, atinja o estado de necrobiose. Instalando-se a esclerose, aí

3) Quando a parêde do coração está atingida por um infarto e cede, a roptura ou o aneurisma serão condicionados, relativamente, á maior ou menor porção affectada da espessura do miocárdio.

temos o fator de enfraquecimento da parêde e o material proprio para plasmar o aneurisma, neste caso, tambem, de tipo crônico. Como causas desta forma de alteração miocárdica, pôtem ser apontadas as da chave supra mas releva assinalar a *artério-esclerose* e suas complicações.

Por fim, quando num terreno escleroso, já formado no músculo cardíaco, nova desordem circulatória se enxerta de maneira subitânea, poder-se-á obter o 3.º tipo de alteração miocárdica, isto é, a forma *mixta* em que se encontram, além das formas antigas de esclerose, zonas atingidas por processo de necrobiose, de infarto

Assim, é possível compendiar o que rapidamente expuz, na seguinte chave:

PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS	{	sem alterações miocárdicas	{	miocárdio íntegro +	bôa circulação	
				de suplência		
	{	com alterações miocárdicas		a morte sobrevindo	repentinamente	
				infarto (obliteração +	circulação de suplência insuficiente ou inexistente)	
				esclerose (perturbação de	evolução lenta)	
				mixta (esclerose +	infarto).	

Convem, no entretanto, ater-me um pouco mais ao estudo da artério-esclerose das coronárias visto como é um dos processos que mais freqüentemente trazem conseqüências lesivas para o músculo cardíaco.

A *artério-esclerose coronária* não apresenta caracteres proprios fornecendo o mesmo aspecto macro e microscópico que nas demais artérias de igual porte (assinalando-se, no entretanto, maior tendência á proliferação da íntima). Devem-se notar, contudo, certas particularidades quais sejam, por exemplo, a predileção pela artéria coronária esquêrda (em razão de sua capacidade, de sua função, de seu início na aorta) e, dos ramos desta, pela artéria interventricular anterior chamada mesmo a "artéria da oclusão coronária" e a "artéria da morte súbita". A coronária, ou seu ramo interventricular anterior, possúe um ponto de eleição para se desenvolver o mal escleroso, ponto êste situado ao nível do sulco aurículo-ventricular ou nas proximidades dêste. Ocorreu na presente observação, como vimos acima (4), que o ponto mais atingido pelo processo e onde se observou uma obliteração que seria completa se não se houvesse recanalizado, encontrava-se a poucos milímetros do dito sulco aurículo-ventricular. Deve-se, tambem assinalar que é no ventrículo esquêrdo mais freqüente a instalação de fenômenos decorrentes do desarranjo circulatório e parece ser isto relacionado ao modo de pe-

netração dos ramos intraparietais das coronárias que, neste ventrículo imergem em ângulo recto ao contrario do que ocorre no ventrículo direito onde elles se insinuam mais gradativamente; a penetração em ângulo recto dá margem, além das tortuosidades acentuadas que facilitariam a obliteração, á existência de pontos atingidos pelo choque líquido que, assim, seriam mais atacados pelo processo de esclerose.

Além de promover o estreitamento por vezes notavel dos vasos, a artério-esclerose, mormente calcificada, leva ainda, freqüentemente, á obliteração por favorecer a trombose.

No tocante ao maior ou menor território alcançado pela perturbação da rede circulatória, costuma-se sopesar os resultados enquadrando-os, nos casos típicos, como segue:

- | | |
|--|--|
| a) obliteração do tronco de ambas as artérias coronárias = morte | $\left\{ \begin{array}{l} \text{súbita} = \text{morte} \\ \text{lenta} = \text{possibilidade de restabelecimento duma circulação de empréstimo (esclerose)} \end{array} \right.$ |
| b) obliteração do tronco de uma das artérias coronárias | |
| c) obliteração de ramos médios ou pequenas artérias | $\left\{ \begin{array}{l} \text{súbita} = \text{infarto} \\ \text{lenta} = \text{esclerose.} \end{array} \right.$ |

Isto é o que ocorre na maioria dos casos; deve-se, porém, anotar que o território lesado nem sempre corresponde á zona de distribuição do vaso, havendo uma diferença para menos, correndo por conta das anastomoses que a restringem. Também é de se reter que, na superfície epicardial, a fenomenologia da perturbação circulatória se faz notar muito menos devido a ser a rede anastomótica subepicardial mais rica que a subendocárdica, em quantidade e qualidade; geralmente, observa-se apenas uma irritação do epicárdio dando lugar á chamada *pericardite epistenocárdica*; a formação, "a posteriori", de aderências pericárdicas mais ou menos extensas ou, ainda pleuro-pericárdicas, corresponde aos casos de maior gravidade.

Formado, por qualquer dos mecanismos acima esboçados, o ponto fraco da parede cardíaca, poderá, então, a pressão sangüínea intracavitária forçar esse ponto dando ensejo á formação da bolsa aneurismal; facilitariam tal mecanismo as aderências com seu esforço de tracção no mesmo ponto enfraquecido. Cavado o aneurisma e havendo terreno propício para a calcificação, qual o tecido fibroso, poder-se-á obter, por fim, o quadro do aneurisma calcificado como ocorre no caso em estudo.

Percorrida sinteticamente a patologia genética do aneurisma cardíaco nos seus pontos mais interessantes, vejamos as hipóteses que

se pôdem formular no caso em apreço, afastada a etiologia traumática por inexistente qualquer indício da mesma; creio poder-se adoptar a rota seguinte:



Parece-me lógica a marcha, restando somente a aclarar o início da mesma.

Tendo-se, porém, encontrado: 1.º) uma artério-esclerose generalizada do sistema coronário (4,7); 2.º) um trombo organizado e recanalizado que em tempo provavelmente obliterou o ramo interventricular anterior (4,7); 3.º) uma esclerose miocárdica generalizada (3,6) e 4.º) um aneurisma da parede situado no território daquêlê último vaso (3), pode-se concluir: a) por ter-se instalado inicialmente um processo de esclerose do músculo cardíaco (artério-esclerose generalizada); b) a êste estado de coisas, acresceu-se, no ponto e pelo processo de eleição, um fenómeno obliterante do ramo interventricular anterior que acarretou a formação dum infarto, visto o máu estado do restante da rede coronária e c) apesar do terreno pouco propício, êste infarto conseguiu organizar-se e evolver, ainda, para a calcificação. Julgo, pois, ter havido uma lesão das consideradas mixtas que terminou remotamente na litocórdia aneurismal.

Dada a presença dos indícios assinalados e a falta de outros, pode-se afastar, ao que me parece, a etiologia flogósica.

Sem embargo, devo lembrar que o processo é de notória cronicidade e que os epifenómenos mascaram as lesões iniciais, sendo difícil ou problemático traçar a cronologia dos acontecimentos.

Assim, acôrdo em nomear a cardiopatia encontrada um *aneurisma apexiano esquerdo crónico calcificado*.

* * *

Denude-se, agora, a anomalia encontrada para o lado do aparelho urinário; fá-lo-ei descrevendo o rim e o ureter esquêrdos com seus respectivos vasos (vide desenho n.º 1 pg. 353):

8) RIM ESQUERDO : este orgam acha-se localizado aflorando ao nível do estreito superior da bacia, a meio caminho entre a coluna sacro-lombar e a sínfise púbiana ou, talvez, um pouco mais posteriormente mas sempre, não obstante, á frente da articulação sacro-iliaca ; na sua descripção, passarei em revista :

A) FORMA E ORIENTAÇÃO : este rim apresenta-se não muito afastado da sua forma mais comum pois que lembra a de um feijão (comparação clássica) ; no entretanto, poderia ser colocado com uma tendência ao tipo discoide de que elle se aproxima nitidamente.

O seu maior eixo acha-se orientado obliquamente para baixo e ligeiramente para fóra e para deante.

Apresenta á descripção : duas faces, dois pólos, duas bôrdas e um hilo ; assim, vejamos :

a) FACES : elas se distinguem em *ântero-interna* e *pótero-externa* ; esta última é achatada e mesmo ligeiramente deprimida em determinado ponto.

A primeira — *ântero-interna* — é mais globosa, apresentando-se tumefecida em cada um dos pólos, tumefacções essas ligadas por uma porção do orgam que circunscribe o hilo dando, pois, a forma já assinalada, próxima da do feijão ; é nesta face que se encontra a depressão hilar que breve se passará a descrever.

b) POLOS : elles se nomeiam *pótero-superior* e *infero-anterior*, ambos arredondados, globosos, sem caracteres proprios a descrever a não ser a maior espessura do pólo pótero-superior o que dá ao orgam o aspecto geral duma cunha de extremidade superior mais dilatada.

c) BORDAS : uma *antero-externa* e *pótero-interna* a outra : a primeira, apresenta-se adelgada, ligeiramente convexa, notando-se no seu terço superior duas chanfraduras pouco acentuadas correspondentes ao hilo e que mais e melhor se marcam á custa da face *ântero-interna* ; a bôrda *pótero-interna* é mais espessa, em conjunto, que a *ântero-externa* sendo, no entretanto, mais espessa, ainda, na proximidade do pólo superior e posterior que do pólo oposto para onde gradativamente se adelgaça ; é igualmente mais convexa que a sua oposta sendo continuamente uniforme.

d) HILO : o hilo, como já se deixou entrever, é formado quasi exclusivamente á custa da face *ântero-interna* attingindo, no entretanto, a sua depressão, a bôrda *ântero-externa*. A depressão hilar acha-se subdividida em duas fossetas : uma delas, *superior*, por onde imerge um dos ramos da artéria renal (veja-se mais abaixo) e outra, *inferior*, por onde imerge o outro ramo da referida artéria e por onde emergem a veia renal e o ureter ; indo de cima para baixo, encontram-se esses elementos na seguinte ordem : o ramo superior da artéria renal, o ramo inferior da mesma artéria, a veia renal e o ureter ; caminhando de fóra para dentro, assinala-se, em cima, o ramo superior da artéria renal e em baixo o ramo inferior da mesma artéria, a veia renal e o ureter ; de forma que, em conclusão, o ureter se encontra emergindo de um ponto situado aproximadamente ao centro da face *ântero-interna*.

O hilo é bastante escavado e cheio, no espaço deixado pelos vasos e pelo ureter, por tecido gorduroso.

B) PESO E DIMENSÕES : o rim pesa 120 grs., medindo os seus principais eixos : 87 mms. e 64 mms. ; a espessura do pólo pótero-superior é de 38 mms. e a do pólo oposto 20 mms.

C) VASOS : descrever-se-ão somente as vias sangüíneas pois foram as únicas dissecadas :

a) a arterialização deste orgam é garantida por um vaso que provem directamente da aorta o qual, chegando ao seu termo, se trifurca fornecendo, á direita, a ilíaca primitiva direita e, á esquerda, a ilíaca primitiva esquerda e a que deve ser *renal esquerda* (4) ; este último vaso, depois de curto trajecto, se bifurca dando um ramo superior que penetra na fosseta hilar superior e outro inferior que imerge na fosseta inferior do hilo ;

4) A aorta, de facto, apresenta quatro ramos terminais contando-se no número d'elles a artéria sacra média.

b) a circulação de retôrno é efectuada por uma veia que, emergindo da fosseta hilar inferior, se lança directamente na veia cava inferior.

D) FIXAÇÃO: o rim acha-se fixo na posição assinalada, ou melhor, com mobilidade muito reduzida estando ligado á parêde da pequena bacia por um tecido celular muito resistente que adere á face pósterio-externa, achando-se, por outro lado, recoberto pelo peritoneu parietal que atapeta inteiramente a face ântero-interna continuando-se, em seguida, com o peritoneu parietal das regiões vizinhas.

9) URETER ESQUERDO: o ureter, saindo da fosseta hilar inferior, dirige-se obliquamente, aderindo á face ântero-interna do rim, para o pólo infero-anterior de onde, incurvando-se para deante e para dentro, se dirige directamente para a bexiga onde se termina apoz um trajecto curto que mede 8 cms. do pólo infero-anterior á dita bexiga.

Feita, assim, a descripção desta anomalia, veja-se como qualificá-la.

Da excelente aula sobre Anomalias, XV do Curso de Introdução á Patologia Renal que o Dr. Eduardo Monteiro magistral e proficiente desenvolve na Associação Paulista de Medicina, retirar-se-ão óptimos dados para auxiliar tal trabalho. Assim, denomina o emérito clínico *ectopia* "a séde anómala duma viscera, séde definitiva, que não pôde ser alterada pelas simples manobras digitais" diferindo-a de *ptose* que é para elle "a quéda singela, pelo relaxamento dos meios de contensão, anulavel ou corrigivel por meios mecânicos". Considera, ainda, dois tipos de ectopias mais: as *congénitas* e as *adquiridas* reconhecendo como caracteres das primeiras: "1.º vasos renais nascendo da aorta em nível inferior; 2.º hilo anterior ou quasi; 3.º ureter curto".

A classificação das ectopias renais de Papin que o mesmo Dr. Eduardo Monteiro adoptou, modificando-a em certos pontos, servirá de guia no classificar a anomalia acima descripta. Ei-la:

ECTOPIAS RENAIS	Unilateral	{	homolateral	}	{	lombar	
		{	heterolateral			}	iliaca
							pélvica
	Bilateral	{	lombar	}	{		
		{	iliaca				
		{	pélvica				
		{	mixta				um lombar, o outro ilíaco
		{	um lombar, o outro pélvico				
						um ilíaco, o outro pélvico	
			{	cruzada			
Ectopias de rins únicos	{	{	homolateral	}	{	lombar	
							iliaca
			{			heterolateral	}

E' suficientemente clara para que haja necessidade de comentá-la.

Que o rim em estudo se deva classificar como *ectópico* não é para se duvidar pois que a sua topografia o indica e os seus meios de fixação (8 D), tornado-o de mobilidade reduzidíssima, o afirmariam categoricamente. No que diz respeito a ser tal ectopia *congénita*, vê-se que assim se a póde julgar visto como a artéria renal emerge dum ponto assaz baixo (8 C), o ureter é curto (9) e o hilo é quasi anterior (haja vista a tendência do rim para o tipo discoide (8 A). E' uma ectopia *unilateral* pois que o rim direito se encontra na sua localização normal e é *homolateral* em virtude do rim anómalo não cruzar a linha mediana. Quanto á sua variedade, direi que é *pélvica* porque foi na pequena bacia que se o encontrou.

Em vista do exposto, classificar-se-á a anomalia ora descrita como sendo uma *ectopia unilateral homolateral pélvica esquerda*.

Como se viu e de acôrdo com as estatísticas, trata-se duma das anomalias mais encontradiças, quer em clínica, quer na sala de necroscopia ou de dissecação; se a dou á publicidade, é com o fito de a fornecer para as ditas estatísticas.

* * *

Eis as considerações que me ocorreram ao alinhar esta observação, presentes tal aneurisma e tal ectopia. Infelizmente, nada posso aqui ajuntar no que respeita á sintomatologia clínica que deveria apresentar o meu actual observado pois, ao que me informaram, foi súbita a sua morte, inesperada por todos, não tendo havido, próximo ao desenlace letal, nenhuma assistência médica, tanto assim que, corrido o pano na vida desse infeliz, foi o corpo enviado para a Secção de Cadáveres da Faculdade de Medicina afim de que fosse averiguada a causa da morte.

A singela história que se pode recolher refere que, após uma refeição comum, assentado á porta de seu estabelecimento comercial, foi acometido de mal súbito que o prostou por terra; ao ser socorrido, tudo já era tarde.

Alguns aspectos interessantes, no entretanto, se apresentaram no se estabelecer o momento em que ocorreu a sua morte, os quais serão oportunamente estudados numa pequena nota em que terei a honra de receber a colaboração do meu insigne Mestre Prof. Flaminio Favero.

Encerro, pois, êste trabalho, restando-me apresentar ao leitor que me acompanhou até aqui, quando o termino, os meus melhores agradecimentos.

Se não é, porém, tal trabalho claro na exposição, nem proveitoso na substância, nem escorreito na fôrma, revele-se-me pela intensão.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 — ALMEIDA, THIAGO D' — *Anévrisme du coeur* — Arquivos de Clínica Médica da Fac. de Med. do Porto. — Tomo 1 — n.º 2 — jul. 1926. — pag. 3.
- 2 — ALVAREZ, ANTONIO CRESPO — *Anévrisme des parois du coeur* — Arch. des Mal. du Coeur — n.º 8 — 24.º ano — ag. 1931 — pg. 465.
- 3 — ASCHOFF, L. — *Anatomia Patologica* — Trad. ital. — 2.ª ed. — 1930.
- 4 — AUBERTIN, CH. ET LEREBOULET, J. — *Les suites éloignées de l'anévrisme du myocarde. Insuffisance ventriculaire gauche pur plaques fibreuses et anévrisme du coeur* — Arch. des Mal. du Coeur — n.º 11 — 22.º ano — nov. 1929 — pg. 705.
- 5 — BACALOGU, C. — *L'anévrisme pariétal du coeur* — Arch. des Mal. du Coeur — n.º 2 — 25.º ano — fev. 1930 — pg. 81.
- 6 — CANNELL, D. E. — *Congenital aneurysm of interventricular septum* — Am. J. of Path. — jul. 1930 — pg. 477.
- 7 — CASTEX, M. R. Y BATTRO, A. — *Aneurisma crónico del corazón* — Rev. de la Soc. de Med. Int. y de la Soc. de Tisiol. — n.º 1 — tomo VII — março-maio, 1931 — pg. 89 — Bs. Aires.
- 8 — CHIARUGI, G. — *Istituzioni di Anatomia dell'Uomo* — 3.ª ed. — Vols. II e III — 1930.
- 9 — FAVERO, F. E CARVALHO, H. V. DE — *Achados de uma necroscopia médico-legal* — Annaes da Fac. de Med. de São Paulo — Vol. VII — 1932 — pg. 165.
- 10 — FERRER, D. "IN" FISCHER-FERRER — *Curso de Autopsias y Diagnostico Anatomopatologico* — 1929.
- 11 — GIBSON, A. G. — *The Clinical aspects of Isochoemic necrosis of the heart muscle* — The Lancet — n.º 5338 — dez. 1925 — pg. 1270.
- 12 — GLEY, E. — *Traité Élémentaire de Physiologie* — 5.ª ed. — 1920.
- 13 — HARVIER, P. ET CAROLI, J. — *Sur un cas d'anévrisme de la pointe du coeur (étude clinic., radiol. et anat.)* — Paris Médical — jul. 1930 — pg. 30.
- 14 — JOAQUIM, H. AND MAYS, A. T. — *Aneurysm cardiac probably of traumatic origin* — Am. Heart J. — pag. 1927 — pg. 682.
- 15 — JORES, L. — *Le basi anatomiche delle piu importanti malattie* — trad. ital. — 1922.
- 16 — KAUFMANN, E. — *Trattato di Anatomia Patologica Speciale* — trad. ital. — 4.ª ed. — 1929.
- 17 — KRETZ, J. — *Über die Bedeutung der Venae Minimae Thebesii die Blutversorgung des Herzmuskels* — Virchow Arch. — n.º 266 — 1927 — pg. 647.
- 18 — LITTRÉ-GILBERT — *Dictionaire de Médecine* — 21.ª ed. — 1908.
- 19 — MAC CALLUM — *A text book of Pathology* — 1919.
- 20 — MONTEIRO, E. — *Aulas do Curso de Introdução á Pathologia Renal — Anomalias — "n" Annaes Paulistas de Medici a e Cirurgia, Vol. XXIV, n.º 6, pg. 291 e seguintes* — São Paulo, dez. 1932.
- 21 — PADILLA, T. Y COSSIO, P. — *Oclusión coronaria brusca y lenta* — 1930.
- 22 — PAILLARD, H. — *Les anévrismes pariétaux du coeur* — Gazette des Hôpitaux — n.ºs 12 a 19 de março de 1910 — 83.º ano.
- 23 — PERITI, E. — *L'insufficienza del cuore con speciale riguardo ai concetti moderni di fisiopatologia* — 1924.
- 24 — RIBBERT-MÖNCKBERG — *Patologia General y Anatomia Patológica* — ed. esp. da 9.ª ed. alemã — 1928.
- 25 — RICHTER — *Dictionaire de Physiologie* — tomo IV — Coeur — pg. 43 — 1900.
- 26 — ROSSI, A. — *Morfologia clinica e Fisiopatologia del cuore* — 1925.
- 27 — TESTUT — *Traité d'Anatomie Humaine* — 6.ª ed. — tomos II e IV — 1912.
- 28 — VANZETTI, F. — *Anatomia Patologica de Pio Foà* — Tomo II — 1930.

- 29 — VECCHI, B. — *Manuale de Technica e Diagnostica delle Autopsie* — 928.
 50 — WHITTEN, M. B. — *The relation of the distribution and structure of the coronary arteries to myocardial infarction* — Arch. of Int. Med. — vol. 45 — n.º 3 — março 1930 — pg. 382.
 51 — WILSON, C. P. — *Mycotic aneurysm involving interventricular septum; report of 5 cases* — Am. Heart J. — ag. 1926 — pg. 705.
 52 — ZIEGLER — *Traité d'Anatomie Pathologique* — Trd. Fr. da 6.ª ed. A. — tomo II — pg. 38 — 910.

Macro e microfotografias, radiografia e desenho a negro do autor.
 Côrtes e colorações de Ofélia Baillot (Técnica do Inst. "Oscar Freite").

FERRO QUEVENNE

Para ANEMIA, CHLOROSE, DEBILIDADE. — Aprovado pela ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIZ. — O mais activo e economico, o unico FERRO INALTERAVEL nos paizes quentes. — Exigir o VERDADEIRO, com o SELLO AZUL da "*Union des Fabricants*". — 14. Rue des Beaux-Arts — PARIS.

LACTOZYM ALFA

(Por via buccal para creanças e adultos)

O mais antigo preparado de BACTERIOTHERAPIA LACTICA em cultura liquida, BACTERIOPHAGO e ACIDOPHILO. Tratamento Biologico das molestias gastro-intestinaes (diarrhéa, enterites, atonias, catharros), molestias infecciosas (dysenteria, typho, paratypho) e das molestias nervosas e de intoxicação.

UNICO ULTRA FERMENTO COM 15 ANNOS DE VITALIDADE CONTROLADA

CONCESSIONARIOS

Vicente Amato Sobr. & Cia.

PRAÇA DA SÉ, 20 — TEL. 2-2821 — C. POSTAL, 2438 — S. PAULO

REUNIOES SCIENTIFICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. ZEPHERINO DO AMARAL

O processo de Halban para a cura dos prolapsos genitales — DR. MOURA AZEVEDO. — O autor faz a comparação entre este methodo e os de Wertheim-Schauta e Kielland, descrevendo a sua technica com numerosos desenhos. Communica as observações das 10 primeiras operadas por estatechnica, cujos bons resultados promettem seguro exitoo peratorio.

Uma causa rara de obstrucção intestinal — DRS. SOARES HUNGRIA e JOÃO VIEIRA DE CAMARGO. — Os AA. apresentam o caso raro de uma doente, por elles operada de urgencia, no Serviço Ayres Netto, da Santa Casa. Trata-se de uma russa, que dera entrada naquelle Serviço com uma syndromé abdominal aguda. Submettida a exame foi feito o diagnostico de obstrucção intestinal. Laparatomisada de urgencia encontraram, como causa immediata explicando claramente a obstrucção, uma cicatriz longa, esclerosada, nacarada com variadas estrias em diversas direcções, estendendo-se do collo transversal e do angulo esplênico até

à parte fixa da alça sigmoide, dobrando o intestino, fazendo do mesmo 3 segmentos e não permitindo o livre transito de seu conteudo. A operação consistiu em desfazer as estrias a tesouradas, esvasiar, com uma sonda longa, o intestino, reconstrucção da parede. Cicatrização por primeira intenção.

Methodos de laboratorio para o diagnostico da lepra — DR. GASTÃO FLEURY DA SILVEIRA. — O A. passa em revista os diversos methodos de laboratorio para o diagnostico da lepra, chamando a attenção para a colheita do material como deve ser ella feita para a pesquisa do bacillo de Hansen, no muco nasal, manchas, tuberculos, ganglios e nervos.

Estuda em seguida as reacções serologicas, citando as de Gomes e Rubino, discutindo o valor de ambas.

Estatistica annual do ambulatorio de cirurgia de mulheres da Santa Casa de Misericordia de S. Paulo — DRS. SOARES HUNGRIA e CASSIO ROLIM. — Foi relator o dr.

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

Soares Hungria que começa mostrando a norma do serviço seguida de uma estatística demonstrativa de quasi duas mil doentes fichadas durante o anno. Deteve-se em explicações sobre os casos mais communs que pela ordem numerica dos mesmos observados são : ulceras, corpos estranhos, mastites, panaricios, an-

thrases, abcessos e neoplasmas. Illustra a comunicação com radiographias e graphicos e na parte das ulceras que foi a de maior numero durante o anno, verificou casos de ulceras de 8 e de 20 annos, cujas curas foram conseguidas com o concurso valioso do Laboratorio.

SESSÃO DE 2 DE MARÇO

Presidente : DR. ZEPHERINO DO AMARAL

Rheumatismo chronico - DR. TERRAY. — Nesta sessão, realisada no Instituto de Radium "Arnaldo Vieira de Carvalho", o dr. Terray, clinico francez, realisou uma conferencia sobre assumpto da sua especialidade.

O orador discorreu sobre "a cura do rheumatismo chronico em Aixles-Bains", cujos resultados therapeuticos são sobejamente conhecidos. Focalisou a palestra sob varios aspectos : justificou a therapeutica dis-

pensada em Aix-les-Bains, na cura do rheumatismo chronico, suas causas e localisação, falando pormenorizadamente sobre o rheumatismo articular agudo, sciatica, rheumatismo deformante e as affecções cirurgicas, cutaneas e syphiliticas, descrevendo os esplendidos resultados alcançados pelos doentes, após uma estação de cura em Aix-les-Bains.

A palestra foi illustrada com a projecção de um "film" sobre aquella estancia.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. SCHMIDT SARMENTO

Mastoidite e nevrite retro-bulbar - DR. FRANCISCO HARTUNG. — O A. apresenta um caso de mastoidite, acompanhada de nevrite optica do lado opposto. Uma vez operada a mastoidite, verificou-se comitadamente uma notavel melhoria da vista affectada. Faz um esboço rapido da theoria da infecção focal. Em seguida estuda, de accordo com as idéas de Eagleton, a affinidade embryologica que existe entre a esphenoide e a parte do temporal e, segundo um principio basico de immundidade, em relação á electividade de certos germens por tecidos de identica embryologia, admite um ataque simultaneo ao esphenoide e consequentemente ao nervo optico, e tambem á mastoide. Com a remoção do foco septico da mastoide, o

organismo creara novas forças e reagira, proporcionando uma melhoria no processo inflammatorio que atacara o nervo.

Antes de iniciar a discussão, diz que é portador de um pedido do Dr. Moacyr Alvaro, que não poudo comparecer, para que si houver objeção aos conceitos de seu relatorio no caso em apreço lhe seja concedida a resposta na proxima Sessão.

Discussão :

a) O Dr. Mario Ottoni de Rezen-de faz resaltar que no caso o doente tinha 5 annos de cegueira, ao passo que a mastoidite datava apenas de 9 mezes, parecendo faltar entre as 2 manifestações morbidas. Melhorada a mastoidite deveria melhorar a cegueira.

Só na infecção focal antiga poderia ter aquella refluxo nos nervos opticos. A explicação que encontra está na affecção do esphenoides. Sobrevinha a mastoidite, pelas intimas relações entre a mastoide e o esphenoides, o processo mastoideo veio repercurtir na esphenoidite. Melhorando ambos os processos infecciosos, o nervo optico veio se beneficiar e dahi a melhora da visão.

b) Dr. Belfort de Matos pergunta si a lesão ocular durante aquella tempo todo seria uma nevrite. Pensa que uma nevrite de 5 annos devia dar uma atrophia do nervo optico. Pede o esclarecimento do oculista.

c) Dr. Schmidt Sarmento pensa que não seria descabida a idéa de mastoidite ter desempenhado o papel de um atrazo da fixação para a esphenoidite.

Um caso de sinusite maxillar com decurso tempestuoso — DR. MARIO OTTONI DE REZENDE. — O A. apresenta um caso de sinusite maxillar direita por elle operada e de sequencia operatoria normal. Dois dias depois de se retirar do hospital, subveio-lhe uma appendicite superaguda, operado de urgencia, com rache-anestesia lombar no mesmo dia em que se manifestara. No 6.º dia desta nova intervenção, com a ferida ja cicatrizada e 2 horas depois de uma lavagem verificadora do antro maxillar operado anteriormente, começou a queixar-se de violentissimas dores de cabeça seguidas, temperatura a 40º e concomitantemente os demais symptomas de meningite super aguda. A punção lombar, praticada 4 horas depois revelou liquido turvo, pressão muito elevada, contagem 1250 células por m. m. 3. Com repetição diaria de punções lombares, repouso, gelo na cabeça e cytotropina endovenosa, o paciente foi aos poucos melhorando e curou-se por completo, e assim permaneceu até hoje. O A. faz varias considerações sobre a razão da meningite serosa, e depois de excluir varias causas, conclue pensando na possibilidade de 1 foco de meningite serosa irritativa na medulla lombar ocasionada pela injeção anesthetica, e rompendo-se para a parte superior, produzir a meningite serosa.

DISCUSSÃO:

a) Dr. Gabriel Porto acha razoavel attribuir a meningite á rachi-anesthesia. Tem testemunhado a cura da meningite nasal.

b) Dr. Belfort de Mattos acha que o intervalo de 2 horas entre a lavagem do seio e o apparecimento da meningite, com reação cytologica intensa, não é sufficiente para se admitir a lavagem como factor etiologico de meningite.

c) Dr. Francisco Hartung admite o apparecimento da appendicite como uma reação focal. Quanto á etiologia da meningite inclina-se a attribui-la á rachi-anesthesia. O facto de o liquido da lavagem ter sahido limpo da cavidade maxillar operada não exclue a presença nella de germens pathologicos. De cavidades com aspecto normal pode-se muitas vezes isolar germens para fazer vacinas curativas.

d) Dr. Rafael da Nova pensa que a meningite tenha sido consequencia de phenomenos de auto-intoxicação intestinal.

e) Dr. Mario Ottoni de Rezende (encerrando a discussão) concorda com o dr. Belfort quanto á exiguidade do intervalo entre a lavagem e o apparecimento franco de meningite para concluir por uma relação entre as duas. Não crê na possibilidade de propagação por via lymphatica do processo infeccioso de um seio curado em phase de granulação. Quanto á hypothese de uma meningite toxica post appendicite, já fazia menção no seu trabalho.

Corpos estranhos das vias aerodigestivas observados durante o anno de 1931 no Instituto Penido Burnier — DR. GABRIEL PORTO. — O A. apresenta uma serie de corpos estranhos estrahidos dos bronchios e esophago, pela broncho-esophagoscopia, durante o anno de 1931 no Instituto Penido Burnier, de Campinas, documentando o seu trabalho com radiographias e a leitura das respectivas observações.

DISCUSSÃO:

a) Dr. Mario Ottoni de Rezende, depois de indagar si o A. seguiu a escola de Jackson contra-indicando a anesthesia geral, faz considerações

sobre o perigo na bronchoscopia sob anesthesia geral, em creanças portadoras de corpos estranhos.

b) Dr. Francisco Hartung lembra que já uma vez propoz que se procurasse centralizar nas mãos de um só collega a pratica da bronchoscopia, para permittir um melhor treinamento e segurança maior na execução desse capitulo de especialidade.

Anginas monocyticas (nota previa). — DR. SCHMIDT SARMENTO. — Disse o A.: "Conhecemos a existencia de um grupo de molestias do apparatus lymphatic e do systema reticulo-endothelial que tem um curso nitidamente infeccioso. A molestia de Hodgkin (lympho-granulomatose maligna) evolue com periodos agudos febris, em que o baço e os ganglios lymphaticos crescem de volume, envolvendo com a apyrexia — verdadeiros estados septicemicos, com longo periodos de acaimia. A chamada leucemia aguda, processo febril e de desenvolvimento rapidissimo, tem tambem a feição de uma infecção do systema lymphatic. As anginas monocyticas devem tambem entrar neste grupo. Não se conhecem os germens responsaveis por estas afecções. Na molestia Hodgkin, no entretanto, têm sido descriptos ger-

mens vizinhos dos da tuberculose: granulações de Much, Corynebacteria e outros. Esses germens são possivelmente cogumelos semelhantes aos causadores da falsa tuberculose (Roger). Lembrando a experiencia de Sanfelice, de Abbot e Gydersleeve, surge mesmo a duvida si os bacilos acido-resistentes acaso não representarão mais que formas bacillares desses cogumelos (Pathologia Clinica, professor Almeida Prado, pag. 184 e Nouveau Traité de Medicine; Roger-Widal Teissier, tomo IV, pag. 302). Partindo destes conhecimentos e assignalando ganglios externos infartados nas anginas monocyticas, até agora "sem therapeutica", lembramo-nos de empregar o iodeto de sodio no tratamento dellas: therapeutica esta coroada de exito em 4 casos. Trazendo ao conhecimento dos collegas esta pequena nota, temos por escopo pedir a sua collaboração, no tratamento dessas afecções com o iodeto de sodio (injecções intravenosas de 1 a 2 grammas por dia) e, si possivel, o esclarecimento da etiologia do mal, que parece muito anuviada e mesmo em rota errada.

O Dr. Mario Otoni acha que a these não deve ser discutida, mas trabalhada para a averiguação dos resultados.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. EDUARDO MONTEIRO

Um caso de esclerodermia generalizada — DR. OCTAVIO RODRIGUES. — O A. apresenta um caso de esclerodermia generalizada attingindo a pelle do abdomen, thorax e pescoço. A doente era portadora de uma hyperfunção da glandula thyreoide (metabolismo basal, + 32, 8). Após considerações de ordem anatomopathologica, o A. estuda as differentes formas de esclerodermia e enumera os methodos therapeuticos ultimamente adoptados, fazendo a critica dos mesmos.

A reacção de Rubino no diagnostico da lepra — DR. FLEURY DA SILVA. — O A. estabelece um confronto entre este processo e a reacção de Gomes, essencialmente paulista.

Dá preferencia a casos de lepra typicos, nas suas modalidades cutaneas, nervosa e mixta. Tece considerações sobre a technica da reacção de Rubino, mostrando um detalhe não assignalado pelo A., que é o referente á quantidade variavel de globulos vermelhos no sangue de carneiro, facto que representa uma causa de erro. Critica os resultados obtidos pelas duas reacções, mostrando as suas discordancias, particularmente nos casos de lepra nervosa. O seu estudo é feito em 103 casos, nos quaes a reacção de Rubino foi positiva em 70, enquanto que a de Gomes em 86.

Contractura syphilitica do biceps — DR. PLINIO DE LIMA. — Ini-

EMPOULAS

FOSFOSOL



PHOSPHORO E ARSENICO
em combinação com
ESTRYCHNINA E EXTRACTOS OPOTHERAPICOS

Asmopeptol

*F*ORMULA:

Solução a 5% de polypeptonas iodadas em soro physiologico - 3 cc.

Infusão de pilocarpus em meio chloro calcico a 1% - $\frac{2}{3}$ cc.

*Amostras á disposição
dos Srs. medicos*

Gypsocal

*Ampolas
de
2 e 5 cc.*

•
Gluconato de calcio

Cacodylato de magnesio

Agua bi-distillada



Laboratorio Brasileiro de Therapeutica Ltda.

Rua Braulio Gomes, 25 - Tel. 4-3217 - S. Paulo

MAGNESIA FLUIDA

*Preparado popular de resultados seguros,
usado entre nós ha quasi cem annos.*

E' um excellente remedio empregado em todos os casos de irritação e perturbações de estomago, acidez, enjoo, vomitos, aslaç e dôr. Poderoso absorbente de gazes, emprega-se por isso, com vantagem, nas dyspepsias flatulentas, desarranjos intestinaes, molestias do figado, enxaqueca, prisão de ventre. Um vidro, tomado em duas vezes, com intervallo de 20 minutos, opéra como laxativo suave, proprio para as pessoas fracas.

Preparada com grande esmero, no Laboratorio do já conhecido "CAJU" PURGATIVO", em apparatus especiaes isentos de cobre, o que ha de mais perfeito, e com todos os requisitos adequados e usados nos Laboratorios mais completos da Europa, tem portanto um sabor característico e agradável de Magnesia Fluida purissima: a prova está na grande accitação por parte do publico e dos senhores medicos.

A "Magnesia Fluida Queiroz", devido ao seu extraordinario poder, sem reclames e em poucos mezes de existencia, já tem uma incalculavel clientela em toda parte do Brasil.

cia o A. a leitura do seu trabalho, mostrando que, ao lado dos diferentes sinais denunciadores da infecção luética, uns existem bem conhecidos, porque são encontrados. Outros, verdadeiras raridades, desafiam, algumas vezes, a argúcia e a subtilidade do internista desprevenido. Entre estes, está a "contractura siphilitica do biceps" ou "contractura de Ricord", affecção extremamente rara em nosso meio.

O caso presente refere-se a uma moça solteira, de 24 annos de idade, e cujo motivo da consulta eram dores reumatiformes nas articulações dos joelhos e dos cotovéllos, com cephalea rebelde e impertinente.

O exame clinico evidenciou sinais numerosos de syphilis hereditaria; o ante-braco direito se achava flectido

sobre o braço, em angulo recto; o biceps, responsavel por esta attitude insolita, mostrara-se ligeiramente endurecido ao tacteo e o seu tendão, rigido e saliente, levantara os tecidos moles da prégua do cotovello. A chapa radiographica desta articulação evidencia sinais de periostite.

A R. Wassermann no soro sanguineo foi fortemente positiva.

Lembra o conferencista um outro caso desta affecção do biceps por elle descripta ha 3 annos, e no qual havia tão somente a contractura do musculo, sem lesões periarticulares.

Comparando estes dois casos, mostra que elles vêm resolver a debatida pathogenia desta affecção, entre as escolas franceza e allemã, existindo, consoante a sua opinião, duas formas clinicas da affecção em apreço.

SECÇÃO DE GYNECOLOGIA E OBSTETRICIA, EM 2 DE MARÇO

Presidente: DR. JOSÉ MEDINA

Sobre as operações do sympathico em gynecologia — DR. ARTHUR WOLFF NETTO. — Usando da palavra o A. inicia suas considerações por uma recapitulação da anatomia do systema sympathico pelviano e das technicas das operações do Castaño e de Cotte. Apresenta em seguida 8 observações, sendo duas em que effectuou isoladamente a operação de Castaño ou de Cotte, e, cujos resultados foram negativos e 6 em que foram praticadas ambas as operações de Castaño e de Cotte associadas, e nessas observações obteve resultados optimos.

Termina o trabalho apresentando as seguintes conclusões:

1) As operações de Castaño e de Cotte applicadas isoladamente não deram resultado algum. Isto se explica facilmente pela existencia de anastomoses entre os ramos dos nervos uterinos e os dos nervos ovarianos.

2) Ao contrario, associando ambas as operações os resultados foram optimos, ficando as doentes completamente curadas.

3) As doentes que apresentavam a triade symptomatica: dysmenorrhea do tipo ovariano, dyspareu-

nia e corrimento branco sem perturbações — urinares (leucorrhœa), e que ao exame gynecologico — tinhamos a impressão de palpar na região dos annexos irregularidades em forma de novello e muito sensiveis — eram portadoras de VARICOELLE PELVIANO, entidade morbida perfeitamente individualizada, consequencia da congestão pelviana e muito pouco diagnosticada entre nós.

Fecundação artificial humana sob o ponto de vista social e eugenico — DR. PAULO DE GODOY. — O autor faz um historico sobre a fecundação artificial, relatando observações desde Plinio, o antigo, até o primeiro caso de fecundação artificial humana realisado por John Hunter, em 1799. Cita diversas observações de Gerard, seguindo as quaes a fecundação artificial veio salvar do divorcio e do adulterio diversos lares. Relata em seguida todos os processos usados para a realisacão da fecundação artificial, terminando por indicar o processo de Gerard, por achal-o mais efficiente e mais perfeito. Define depois qual a melhor época para a fecundação da mulher. Finalmente, depois de outras considerações, conclue accei-

tando a fecundação artificial como um processo moral, e, nos casos indicados, o medico, sem receio, sem temor, certo de que contribuirá para

a criação da vida, para a moralidade de um lar, para o desenvolvimento da especie, deverá promover a fecundação artificial.

SECÇÃO DE BIOLOGIA E MEDICINA EXPERIMENTAL, EM 3 DE MARÇO

Presidente : DR. EDUARDO VAZ

Resurreição pela injeção intra-cardiaca da adrenalina (estudo experimental) — DR. JOSÉ GALLUCI. — São as seguintes as conclusões tiradas pelo A. "1.ª) A injeção intra cardiaca de adrenalina é capaz de remover a syncope cardiaca determinada pelo chloroformio e pelo gaz de iluminação. 2.ª) Duas condições todavia fazem esta acção positiva : a) a oxygenação ; b) o tempo de syncope. 3.ª) O tempo de syncope não deve ser superior a 6 minutos para o chloroformio e 4 minutos para o gaz de iluminação. 4.ª) A injeção intra-cardiaca é superior aos meios communs de revivescencia 5.ª) Poucas probabilidades ha de consequencias immediatas ou mediatas.

Discussão :

Discutiu o trabalho o prof. Jayme R. Pereira, bordando commentarios sobre as perturbações serias, taes como a fibrilação, que segundo alguns autores podem ser observadas na syncope adreno-chloroformica. Pensa não ser ainda por isso contraindicada formalmente devendo mesmo ser a injeção intra cardiaca de adrenalina considerada como o socorro maximo nos casos de parada do coração. Em seguida o Prof. Jayme Pereira salienta que tanto clinica como experimentalmente as injeções intra cardiacas de adrenalina fazem voltar os batimentos cardiacos. Em outras considerações discute as difficuldades clinicas de observação fazendo notar que talvez em alguns casos registrados não se trate de parada do coração.

O Vanadio como agente anti-syphilitico (nota prévia) — DR. ANTONIO PERELLA. — O A. apresenta os resultados obtidos com o emprego de um sal de vanadio em 40 casos de syphilis primaria e secundaria.

O composto usado foi o tartaro-vanadato de sodio, na dose de 0,15 centigrammas por injeção repetida duas vezes por semana, num total de 15 a 20 injeções para cada serie. O A. poudo observar a acção especifica do vanadio assim como o grau de sua actividade, a qual considera bastante elevada, comparavel a do arsenico e superior á do bismutho no tocante ao poder de cicatrização das lesões contagiantes do periodo primario e secundario da syphilis. Em 4 casos de syphilis terciaria com gommias ulceradas, o vanadio exerceu uma acção curativa rapida em três casos ; o ultimo mostrou-se um tanto resistente, caminhando porem para a cura. Quanto aos efeitos produzidos sobre a reacção de Wasserman, attribue ao vanadio uma acção favoravel. O A. não observou qualquer accidente secundario decorrente do emprego do tartaro vanadato de sodio, a não ser uma erupção papulosa generalizada que um doente apresentou após uma serie de 6 injeções e cuja origem toxica não poudo estabelecer. O A. termina a communicação chamando a attenção para o facto altamente significativo da introdução de novos elementos na chimiotherapia da syphilis.

Discussão :

Posto em discussão pede a palavra o dr. Vicente Grieco, que diz não apresentar o trabalho do doutorando Perella dados pessoas sufficientes para a affirmativa de ser o vanadio de facto energico anti-syphilitico como o bismutho. Os elementos comparativos apresentados pelo A. foram baseados em dados estatisticos de Gougerot e, portanto, na falta de estudos comparativos pessoas do A. pensa o dr. Grieco serem as conclusões do A. a este proposito avancadas. Tomam em seguida parte na

discussão os drs. Jayme Pereira, Otto Bier e Antonio Perella, sendo abordadas considerações sobre o critério das observações nas quaes se visava o effeito therapeutico, critério que se baseou na cicatrização do cancro syphilitico e na negatividade da reação de Wasserman.

Da penetração dos ions atravez dos tecidos pela corrente galvanica — DR. CARMELLO REONA. — O A. introduziu os ions salicylico e iodo, pela corrente galvanica atravez das paredes da bexiga de cães, dosando-os no sóro physiologico, anteriormente collocado no interior desse órgão. Verificou que quando o cão está morto a penetração é para o salicylico de 2 a 12 vezes maior e para o iodo de 7 a 9 vezes maior do que quando o cão está vivo. As applicações no caso (cão morto) eram feitas logo após a recorte e duravam de 20 a 80 minutos. Os resultados obtidos com o iodo são menos variaveis e mais seguros. Considerando que no caso de "cão morto" as applicações foram feitas immediatamente após a morte, portanto, com tecidos bastante vitas; que as forças electromotrices empregadas em cada experiencia eram as mesmas para os casos "cão vivo" e "cão morto" para obter a intensidade de 30ms.; e que desse facto deduz-se que a conductibilidade não se acha sensivelmente alterada, por conseguinte, a permeabilidade aos ions tambem não alterada. Conclue, achando provavel que quasi toda a facilidade proporcionada á penetração dos ions, quando o cão morre, deriva da suppressão do movimento mechanico da circulação, que acarreta os ions.

A resistencia globular sob a acção de varias drogas — DR. SERGIO ARANHA PEREIRA. — O A. estudou a acção de varias substancias empregadas em therapeutica por via venosa, assim como alguns hypnoticos, sobre a resistencia das hemattias. Após a injectão da droga, retirava diversas amostras de sangue com intervallos regulares, determinando a resistencia globular pelo methodo das soluções hypotonicas. Verificou que o novasurol, o salyrgan, o dial e o hydrato de chloral

diminuiram a resistencia. Apresentaram-na augmentada antipyrina, atophanyl, chloreto de calcio, chloreto de sodio a 20: 1.000, cyaneto de mercurio, glyconato de calcio, peptona, salicylato de sodio, toliglândiamina e tripaflavina. Não alteram a resistencia: azul de methyleno, bromhydrato de quinino, chloreto de sodio a 7: 1.000, eletrargol, glicose, iodeto de sodio, morfina, neosalvarsan e urotropina.

O A. termina dizendo que trouxe o seu trabalho para receber sugestões da casa sobre o mesmo. Analiza as hypoteses que procuram explicar os phenomenos observados em particular a influencia que sobre os mesmos poderia ter a chegada de elementos sanguineos novos.

Do consumo de oxygenio pela mucosa do tracto gastro-intestinal "in vitro" — DR. CLAUDIO PEDATELLA. — O consumo de oxygenio foi estudado no jejuno-ileo, isoladas das outras tunicas por processo mecanico. As conclusões do A. são as seguintes: a) O consumo de oxygenio pela mucosa do tracto gastro-intestinal apresenta duas phases distinctas, intercaladas de um periodo de inhibição. b) Na primeira phase o consumo dura, em média, duas horas e meia e é directamente proporcional á tensão do oxygenio no meio ambiente. c) A segunda phase não obedece a nenhuma regra geral. Dois factores são invocados para explicação deste facto: o da proliferação, agindo em parte, e o da autolyse este mais intenso. As culturas e os cortes histopathologicos mostram a realidade destas asserções. d) A concentração em ions hydrogenio do meio influe differentemente sobre as mucosas do duodeno, jejuno, ileo e estomago. O estomago e duodeno têm seu maior consumo em pH 8,5 enquanto que o jejuno ileo o tem em 5,5. Para o lado alcalino, nas três porções consideradas, o decrescimo é mais consideravel do que para o lado acido. Quanto á intensidade do consumo de O₂ ella decresce nas três porções consideradas, na ordem seguinte: jejuno-ileo, estomago, duodeno. e) A elevação da temperatura provoca um augmento

no consumo de oxygenio. f) o cyaneto de potassio produz inibição apreciavel somente na concentração de n/ 200. g) a atropina deprime e a

pilocapina accelera o consumo de oxygenio, se bem que em fracas proporções. h) o fluoreto de sodio paralysa o consumo.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MARÇO

Presidente : PROF. BENEDICTO MONTENEGRO

Serviço de cirurgia do Hospital de Sangue de Cruzeiro - 1.º Organização e movimento hospitalar - DRS. ALÍPIO CORREA NETTO, EDUARDO ETZEL e FRANCISCO CERUTI. — O Hospital de Sangue foi instalado no predio da Santa Casa local com capacidade de 65 leitos e constituído por 7 enfermarias, quarto de moribundos, pharmacia, sala de operações, sala de curativos. Os principios de hierarchia militar foram respeitadas estando agrupados em enfermarias differentes os officiaes, sargentos e praças. Directamente ligado ao serviço de cirurgia havia o gabinete radiologico montado com apparelhos particulares do Dr. Cassio Villaga e dirigido por elle. Annexo ao hospital existia um ambulatorio de cirurgia entregue ao Dr. Mario S. Pinto. Os serviços especializados de clinica médica, ophtalmologia, otorhino-laryngologia e laboratorio a cargo dos Drs. Jairo Ramos, Lech Junior, Moacyr Cunha, Paulo Ariani, Gabriel Porto e Marcos Lindenberg foram de grande auxilio ao hospital. O H. S. de Cruzeiro iniciou o serviço de guerra a 16 de julho e encerrou seu cyclo de actividade a 12 de Setembro. Foram hospitalizados 1006 doentes, 658 feridos de guerra e 418 militares com affecções chirurgicas. (E mais 422 pacientes attendidos no ambulatorio, perfazendo um total de 1428. O hospital recolhia os feridos dos sectores : Tunel, leito da E. F. Central (Engenheiro Passos, Queluz, Villa Queimada, Levrinhas), Pinheiros, Batedor, Cruzeiro. Graças ao cuidadoso registo dos doentes os A. A. organizaram interessantes graphicos, encareando o movimento hospitalar sob differentes aspectos. Assim o graphico sobre a proveniencia dos feridos dá idéa da intensidade da luta nos diversos sectores e differentes periodos, depreendendo-se que o sector Tunel fornecesse varios numeros de baixas. N'outro graphico

mostram a relação dos feridos de conformidade com os postos militares dos baixados. O graphico seguinte é feito em relação ao corpo militar dos baixados mostrando que o 3.º batalhão de 5.º R3 foi o mais sacrificado. O ultimo graphico feito sobre a lotação diaria do hospital mostra que apesar da pequena capacidade hospitalar nunca houve pletora, mantendo-se sempre um certo numero de leitos vagos permitindo attender todos os casos de urgencia; isto graças á perfeita orientação da evacuação dos doentes para os Hospitales da retaguarda. O transporte era feito pelos trens sanitarios da Companhia Paulista a lethalidade foi de 6,4%.

Carcinoide do appendice cecal - PROF. BENEDICTO MONTENEGRO e MIGUEL LEUZZI. — Os A. A. relatam a observação de uma paciente cujo exame impunha o diagnostico de appendicite sub-aguda. Operada verificaram que o appendice apresentava na sua base um nodule, cujo exame histo-patologico revelou tratar-se de um carcinoide. Projetam microphotografias dos cortes da peça que documentam o diagnostico. Em seguida tecem commentarios sobre o historico do assumpto, mostram as divergencias que existem sobre origem desses tumores e insistem sobre a grande difficuldade do diagnostico clinico. Quanto á frequencia affirmam a raridade desta entidade morbida, tendo sido descritos no Brasil somente 8 casos, até a presente data. O prognostico é discutido, pois si a maioria dos autores considera estes tumores como benignos, autores ha que acreditam serem malignos. A paciente, operada a 5 mezes, vae passando bem.

Bases actuaes da cirurgia gastrica. Bases anatomo-pathologicas e clinicas. (3.ª Conferencia) - DR. EDMUNDO VASCONCELLOS. — O

INSTITUTO PINHEIROS

BACTERIOLOGIA
SOROTERAPIA

ANALYSES CLINICAS
SERVIÇO ANTI-RABICO

DIREÇÃO DOS DRS.

EDUARDO VAZ E MARIO PEREIRA

Gorgelóco

Gorgelóco

filtrado de cultura de germes insulados de amigdalites, anginas flegmonosas. Para gargarejo e embrocação.

Gorgelóco

indicado nas amigdalites, abscessos amigdalianos, anginas flegmonosas.

Gorgelóco

1/3 de gorgelóco para 2/3 de agua. Gargarejar amiudadas vezes. Póde ser usado em nebulizador ou em embrocação, diversas vezes por dia.

Gorgelóco

frasco de 50 c.c. (prod. 7) e frasco de 200 c.c. (prod. 167).

Laboratorio, Direção, Administração :

R. Fradique Coutinho, 65
(Bairro dos Pinheiros)

End. Tel. "LUZITA" - C. Postal, 951

Telephone 7-5898

Seção de Analises Clinicas :

Rua Libero Badaró, 23

5.º Andar — Sala, 47 e 48

Telephone, 2-4705

De 8 às 18 horas

SÃO PAULO — BRASIL

RAIOS X

Gabinete de Radiologia

do

Dr. J. M. Cabello Campos

Médico Radiologista da Sta. Casa, do Instituto de Hygiene e dos Centros de Saúde do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 10

SALAS 316, 317 e 318

Telephone: 4-0655

SÃO PAULO

AMARELLÃO

“Consegue-se um antihelmínthico quasi ideal para o tratamento da ancylostomose em campanhas, mediante a administração de uma mistura que contenha 4 partes de tetrachloreto de carbono e 1 parte de Ascaridol (Chenopodio).” (DRS. SMILLIE e S. B. PESSÔA).

PERODIOL

realiza essa feliz associação, em capsulas gelatinosas contendo, cada uma, 1 gr. de tetrachloreto de carbono rigorosamente purificado e II gottas de oleo de chenopodio. Recetar contra a **ANCYLOSTOMOSE** e a **ASCARIDIOSE**:

Capsulas de PERODIOL — Um tubo (4 capsulas).
(De 1 a 4 capsulas, segundo a idade).

TRICOCEPHALOS

Litteratura e amostras: **LABORATORIO CAMARGO MENDES S/A**
Rua Francisco Leitão, 48 Telephone, 7-5942 - São Paulo

A. inicia seu trabalho afirmando que os recentes estudos demonstram em 95 a 100 % dos casos de ulcera gastrica ou duodenal ha existencia de uma gastrite do antro, gastrite essa que em geral soffre uma degeneração carcinomatosa. Não obstante alguns considerarem as reseções largas operações de alta mortalidade o A. julga a gastrectomia relativamente benigna, na mão dos especializados. Assim na clinica do Prof. Montenegro, computando o anno de 1932, 135 gastrectomias, houve uma mortalidade de 6 %, lethaldade essa devida a complicações pulmonares e cardio-vasculares.

Em seguida o A. alonga-se sobre o estudo da ulcera peptica do jejuno, post-operatoria, por ser a complicação mais seria e grave da anastomose e apoz a gastrectomia.

Apos a gastro-entero-anastomose : A frequencia de U. J. apos esta operação é em media de 5 a 6 %, havendo cirurgões que vão a 34 %. Estuda a etiologia da U. J. apos G. E. considerando as seguintes causas :

a) acidez : nas conferencias ultteriores demonstrou a grande importancia da neutralisação do acido á custa do refluxo dos liquidos alcalinos duodenaes.

b) infecção : o acido mineral forte do estomago em contacto com a alça sem defesa provocaria uma irritação chimica dahi a seguinte post-operatoria servindo de base a agressão e assestamento do germen.

c) traumatismo pelos "clamps" : considera de pouca importancia ; podendo só explicar as ulceras precoces (6.º ao 8.º dia).

d) hamaturia da linha de sutura : precoces.

e) factor individual :

f) estase de liquidos gastricos : o fundo de sacco gastrico após a G. E. facilitaria a estagnação dos alimentos, que fermentando, ao mais alto grau a gastrite já pre-existente.

Após gastrectomia : No Congresso Alemão de Cirurgia de 1930, Starlinger baseado em 25.647 casos de gastrectomia demonstrou que a complicação jejunal surge em 0,7 % ; donde se concluem, que a gastrectomia larga põe o doente em condições de melhor defeza contra a U. J. e a reseção deve ser extensa afim de reduzir o mais possivel a area gastrica produtora de secreção acida (fundo medio). A mortalidade das reseções por U. J. é avaliada por Leriche em 11,5 % ; no serviço do Prof. B. Montenegro foi de 10 % (em 10 casos houve 1 morte por tetano). Quanto á technica operatoria para as U. J. acha o A. que a anestesia deve ser loco-regional. Regeita os processos chamados conservadores (reseção da ulcera, nova G. E., resta belecimento do transitio). Os processos radicaes baseam-se na gastrectomia. Após G. E. é mais facil ; faz-se a secção da alça jejunal aferente e eferente e restabelecimento do transitio intestinal por uma entero-entero-anastomose termino-terminal.

Após gastrectomia é mais difficil, sendo necessaria a mobilização do angulo de Treitz, seccionando o peritório e musculo de Treitz, (manobra de Brown). O A. apresenta uma serie de microphotographias de anatomia pathologica bem como radiographias e peças anatomicas para illustrar suas asserções.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE MAIO

Presidente : PROF. PINHEIRO CINTRA

Sobre o tratamento da intoxicação alimentar pelo aldehydo acetico — DR. PEDRO DE ALCANTARA.

— O A. resumindo largamente o artigo em que P. Gyorgy preconiza esse tratamento, expõe os resultados que teve occasião de observar com o emprego dessa substancia em um caso clinicamente typico da intoxicação alimentar e que, na autopsia,

revelou lesões externas de bronchio-pneumonia.

Molestia de Gierck — PROF. PINHEIRO CINTRA. — O A. traz á sessão um doentinho por elle observado e que apresenta todos os caracteristicos da molestia de Von Gierck. E' o primeiro caso observado no Brasil, existindo ao todo conhecidos 7 ou

8 casos. Faz em primeiro lugar uma descripção do que seja a molestia. Trata-se de uma hepatonephronegalia com fixação do glycogenio. Em outros órgãos foram também notados exagerado deposito dessa substancia. Existe incapacidade de sua utilização. O glycogenio se conserva intacto nos órgãos guardados por muito tempo á baixa temperatura, o que não acontece em condições normaes. Os doentes apresentam deficiencia do crescimento, os membros e pescoço curtos, o thorax e abdomem relativamente grandes. O augmento do volume do figado, que é consideravel, se faz desde os primeiros mezes da vida e é progressivo. O caso ob-

servado apresentou a principio difficuldades no diagnostico. Pensou-se em infantilismo hepatico. Revisto posteriormente a evolução e os exames radiologicos, a prova de adrenalina que não augmentou ou augmentou pouco e glicose no sangue e a hypoglycemia em jejum. A pressão arterial alta para a idade do paciente, que conta hoje anno de idade faz pensar em uma alteração renal. O electrocardiogramma mostra também alterações. A radiographia do craneo apresenta uma cela turcica alterada sem que entretanto houvesse sinais clinicos disso o que se poderá explicar pela lentidão do processo e acomodação consequente.

Ars Medica

SESSÃO DE FEVEREIRO

Presidente : PROF. MANGINELLI

Appendice polykystico — DR. A. COTTINI. — O A. refere um caso com symptommas clinicos de appendicite, tendo o exame histologico demonstrado ausencia de processo inflammatorio e presença de pequenos e numerosos kystos de aspecto seroso. Ao mesmo tempo notava-se, ao exame microscopico, ruptura dos varios planos musculares e connectivos, e hernia sub-serosa da sub-mucosa, em correspondencia com um kysto maior. A mucosa também estava interessada, e varias cellulas mucosas viam-se levadas e enxertadas em vizinhança da serosa.

O A. chama a attenção sobre este quadro histologico que pode ser considerado como um estado que precede o pseudomixoma appendicular, o que vem confirmar a pathogenia.

Lymphogranulomatose maligna — PROF. A. DONATI. — O professor Donati, depois de entrar em considerações sobre as varias formas clinicas da "lymphogranulomatose maligna" e as difficuldades diagnosticas, sobretudo nas formas iniciaes da doença, refere as procuras hematologicas seguidas methodicamente nos casos que se apresentaram á sua

observação; este estudo constatou a presença no sangue circulante de elementos que pelos caracteres nucleares e plasmaticos, lembram os histocytos e de outras cellulas mais raras com nucleio em gemmação, ou com dois ou tres nucleos, que são considerados morphologicamente e geneticamente como cellulas de Sternberg. Os estudos foram feitos com esfregaços das glandulas dos doentes, ou do material obtido com a punção conforme a natureza reticulo-endothelial dos elementos circulantes. O professor Donati faz notar que se possa com taes elementos unidos aos symptommas clinicos, nos estados iniciaes da doença, ter notavel orientação para o diagnostico.

Anemia pernicioso — PROF. L. MANGINELLI. — O A. refere os resultados obtidos nas anemias perniciosas, tratadas com injeções hypodermicas de extractos aquosos de estomago. Faz uma exposição critica da therapeutica gastrica e hepatica das anemias, detendo-se sobre as relações, que possivelmente intercedem entre therapeutica com estomago ou figado, e therapeutica com amino-acidos, segundo as mais recentes pesquisas. Estas relações,

nos trabalhos de Fischer, sobre a synthese da hemoglobina, tenderiam a reportar a pathogenia da anemia perniciosa ao conceito de carencia, já considerada por Wipple. Tal conceito, porém, não pode ser limitado, com deducções simplistas, ao material de construção, mas deve ser estendido aos principios activos, que em parte baseadas sobre os moder-

agem, com provavel acção emzymatica, sobre todo o complexo da hematopoiése. O methodo hypothermico de gastrotherapia, instituido pela primeira vez em 1931 pelos professores Donati, Manginelli e Tramonti, e na mesma epoca, mas independentemente, por Edel e seus colaboradores na Allemanha, vem em grande parte apoiar tal ponto de vista.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE MARÇO

Ordem do dia annunciada: — A Dreyfus e L. Pires Ferraz. — “Gonadas, injeção de azul trypan e injeção de urina de mulher grávida”. N. Planet e D. Cardoso. — “Influen-

cia do exercicio muscular sobre o phosphoro e creatina do sangue”. Jayme Cavalcanti. — “Apresentação de um aparelho para calibração de pipetas”.

Sociedade de Ophthalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE 11 DE MARÇO

Ordem do dia annunciada: — Dr. Penido Burnier — Luxação congenita do crystalino e arachnosyndaphilia. Cystersicose ocular (com apresentação do doente). — Dr. Cyro de Rezende — Estado actual da operação da cataracta. 3 — Dr. A. Bussaca —

Dados histologicos relativos á etiologia do trachoma. Dr. A. Bussaca — Quadros clinicos e anatomopathologicos do panno corneano trachomatoso. 4 — Dr. Moacyr Alvaro — Escola de amblyopes.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

SESSÃO DE 22 DE FEVEREIRO

Kysto seroso do rim — DRS. BERNARDES DE OLIVEIRA e MARIO PERAMBUCO. — Os A. A. relatam um caso de kysto seroso solitário do polo inferior de um rim ectópico. Foi este o diagnostico pre-operatorio, confirmado em absoluto pela intervenção cirurgica. Após o relato minucioso da observação, bordam os A.A. comentarios em torno do diagnostico differencial, justificando plenamente a hypóthese formulada. Passam em seguida a discutir a etio-pathogenia dos kystos renais, referindo-se aos trabalhos experimentaes de Hepler,

que conseguiu obter nos animaes de laboratorio kystos solitários typicos. Aceitam integralmente os dados deste experimentador, concluindo pela necessidade de dois factores, a) occlusão vascular e b) obliteração dos tubulos uriniferos, para que tais kystos se produzam. As indicações operatórias são amplamente ventiladas, e é feito, em particular, o estudo da próva funcional dos rins pela phenolsulfonphthaleina pelo processo de E. Clay Show. Esta prova confirmou, no caso vertente, o diagnostico, revelando mau funciona-

mento do rim lesado e esboço de função vicariante no lado opposto.

A técnica operatoria seguida foi a via anterior extra-peritoneal de Bazy, cujas vantagens foram postas em evidencia pelos A.A.. Justificam elles, a seguir, o motivo pelo qual deram preferencia á nephrectomia, em vez de se limitarem a uma resecção parcial, encontrando no valor funcional quasi nullo do rim lesado, e no risco de hemorragia secundaria inherente ás resecções, o fundamento da orientação seguida.

Puderam os A.A. verificar os resultados tardios deste caso, praticando, após 14 meses da operação, nova prova da eliminação da phtsleina, observando então a perfeita adaptação do rim restante ao seu trabalho, sendo a curva de eliminação de aspecto normal e quantitativamente equivalente á eliminação de dois rins normais.

O trabalho foi illustrado com reproduções das chapas radiographicas da pyelographia ascendente, do exame radiologico do tubo digestivo, dos graphicos de eliminação pré e post-operatoria; projecção de diapositivos, varios tempos operatorios e apresentação da peça.

Localizações raras das myiases

— O Dr. Mangabeira Alvernaz tirou de seu registro clinico alguns casos

de localização muito pouco frequente das myiases. Dois casos referem-se á presença de larvas de moscas nos alvéolos dentarios. O primeiro refere-se a uma mulher de 28 annos que teve um ataque de natureza indeterminada. No dia seguinte queixou-se de dores de dente e as pessoas de casa notaram a presença, na bocca, de larvas de moscas. Estas, ao exame, eram abundantes nos alvéolos dentarios, principalmente no do primeiro molar superior esquerdo. O segundo caso diz respeito a um homem de 29 annos, trabalhador num estábulo, que se queixava tambem de violentas dores nos dentes. O exame mostrou que na gengiva correspondente ao incisivo central direito, como na do esquerdo e na do canino, haviam várias larvas de moscas. Caso mais curioso é o terceiro, em que a paciente, uma menina de apenas dois mezes de vida, apresentava um **berne** (larva de *Dermatobia cyaniventris*) na cabeça da concha inferior direita.

O A. faz reparos a taes localizações, eminentemente curiosas, e muito pouco encontradiças. Cita os raros casos já relatados com a primeira localização, e mais dois dos Drs. Berenguer (de Mirasól) e Pedro Falcão (de Ribeirão Preto) da localização intra-nasal do **berne**, que é aliás rarissima.

LITTERATURA MEDICA

Livros recebidos

Da dieta para os doentes do estomago e dos intestinos — FRANCISCO SILVEIRA — Calvino Filho, editor, Rio, 1933. — Francisco Silveira fez um livro de grande utilidade. Não descuidando da parte theorica, em que demonstrou possuir profundo conhecimento do assumpto, o A. se occupou principalmente da parte pratica, dando uma feição utilitaria ao seu livro, tanto que tratou, de preferencia, de alimentos que se usam em nosso paiz. Depois de cuidar da alimentação, dos alimentos, falou da prescrição da dieta nas diversas

entidades morbidas do tubo gastro-intestinal e completou o livro com quasi cem paginas de receitas organizadas por Josephina Wegele. E' um livro digno de larga divulgação. (Pedidos a Calvino Filho, editor, Rio).

Manual de Dermatologia — PROF. MAX JOSEPH — 1.ª edição em português, da 10.ª edição allemã; Rio, 1930. — "... o Manual de Dermatologia agradou principalmente por sua forma concisa", disse o A. ao fazer a 10.ª edição da obra. Concisa

Instituto Brasileiro de Microbiologia

R. Oito de Dezembro, 123 - Tel. 8-4348-Caixa Postal, 1202

Deposito: R. da Assembléa, 70 - 3.º andar - Tel. 2-0902

RIO DE JANEIRO

Principaes preparados :

SÓROS: Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS: Estaphylococcica — Streptococcica — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Pestosa — Meningococcica, etc.

ENDOGLANDINAS: (productos opotherapicos)

Especialidades pharmaceuticas :

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Antisyphilitico energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

GYNEGON: Lypovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I. B. M.: Antipyogenica de grande efficacia.

IMMUNICALDO: Filtrados bacterianos para uso local. Methodo de Besredka.

ENTERODINA: Vaccina para tratamento das enterocolites.

FLUORYL: Tratamento local dos corrimentos vaginaes.

MATERSANA: Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

(AMOSTRAS AOS MEDICOS)

Bismucithina
(Conti)

Especifico da Lues e poderoso fortificante.

Formula :

Hydr. de Bismutho,
Lecitina, Oleo de fígado de bacalhão,
Guayacol e Vitaminas

Solução Policalcica
(Conti)

Remineralização.
O producto mais rico em Calcio. — Isento de choque — Via hypodermica.

Formula :

Glycerofosf,	Ca
Formiato	..
Cacodilato	..
Clorureto	..

Opoblastol

Ação cumulativa, reguladora do synergismo endócrino, vitaminica, hemopoyetica, recalcificante.

Kathiolan

Cura da escabiose após 1 ou 2 applicações.

Ormicetas

Hygiene intima das senhoras.

Tussamag

Tratamento scientifico das bronchites pela acção das saponinas.

Bacillosan

Tratamento scientifico pelo bacterium do acido lactico (conforme Dr. Loeser) do fluor albus (não gonorrheico).

Rheukomen

Rheumatismo, sciatica, lumbago, etc.

Iobramag

Iodo-Bromo. Lues terciaria, arterio esclerose, asthma.

Bioplastol
(Agnoli)

Lecithina
Luteina
Cholesterina

} **PODEROSO RECONSTITUINTE**

Amostras e literatura com

G. Conti & Cia.

São Paulo.

Caixa Postal, 3127

e bem dividida — um livro pratico. Contem 214 formulas, 63 illustrações e algumas gravuras em cerca de 270 paginas. Exposição clara, figuras elucidativas. E' tradução de Ferreira da Rosa e Erwin Zach e traz uma apresentação de Fernando Terra, na qual se lê o seguinte: "Tem este livro ensinamentos de grande valia, que muito proveito darão aos nossos estudiosos". Preço 25\$000. Pedidos á Livraria Alves.

Novos trocadilhos humorísticos

— MARIO COSTA, 1933 (sem indicação de editor). — E' um livrinho paramedico. Anecdotes, trocadilhos. Vêm "a proposito dos ultimos acontecimentos" revolucionarios. Ha enxertia de outros assumptos. Leitura para quando não se pensa em Medicina.

Rachianesthesia — VICENTE DE MODENA, Soc. Impressora Paulista, 1932. — O A. é de Varginha, Minas, onde installou e mantem um centro cirurgico. O seu livro, que contem pouco mais de 200 paginas, é o estudo que faz de 355 rachianesthesias praticadas com Scurocaina.

São as seguintes as suas conclusões :

1. De todos os anestheticsos que até hoje empregamos, a Scurocaina foi o que nos forneceu melhores resultados.

2. Em 355 observações verificámos somente dois casos de exito lethal, dos quaes um unico pode ser levado á conta da anesthesia.

3. As doses variam com a idade, estado geral do doente, sua compleição physica, natureza e duração do acto operatorio.

4. A dose manejavel é maior do que a de outros anestheticsos congeneres.

5. As complicações registradas são em numero inferior ás dos outros methodos de anesthesia.

6. A rachianesthesia facilita immensamente o papel do cirurgião, permitindo-lhe intervir em muitos casos em que os demais processos lh'o impossibilitam ou, pelo menos, aggravam o prognostico de uma operação delicada.

7. A rachianesthesia pela Scurocaina é perfectamente tolerada pelos individuos a partir de dois annos até idades avançadas.

8. Os accidentes verificados foram todos passageiros.

Theses de doutoramento

Considerações sobre os granulofilocyts e sua applicação pratica nas transfusões de sangue. — These de doutoramento do Dr. THEOTONIO VILLELA BRANDÃO, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1930. — O trabalho está dividido em 3 partes, que o autor assim denominou :

Parte I — Transfusão de Sangue. — Noticia Historica. Pontos Obscuros. Modo de acção do sangue transfundido. Papel de excitação medullar. Papel de substituição globular.

Parte II — Indices de transfusão. — Indices de regeneração medullar : a) hematimetria. b) hemoglobinometria. c) hematias nucleadas. d) consumo de oxygenio. e) hematias polychromatofilas. f) urobilina e bilirubina. g) eliminação do azoto. h) metabolismo das albuminas etc..

bina. g) eliminação do azoto. h) metabolismo das albuminas etc..

Granulofilocyts — seu estudo : Noticia historica. Coloração. Aspecto. Natureza das granulações. Substancia granulofilamentosa. Hematias basofilas e polychromasia. Frequencia. Genese e significação. Granulofilocyts como indice de transfusão.

Parte III — Nossas Pesquisas. — Pesquisas dos granulofilocyts.

Contagens de granulofilocyts no estado normal e nas anemias. Pesquisas nas transfusões de sangue.

As duas primeiras partes constituem uma excellente compilação, muito instructiva e interessante, pois habilita os que desconhecem o assumpto á apreciação da parte pessoal do trabalho que é justamente a parte

III. A bibliographia revista é muito valiosa, mas para nós conduz mais uma vez á comprovação dolorosa de que os nossos trabalhos não são conhecidos nem sequer no proprio paiz.

Effectivamente o autor quasi só consultou trabalhos do Rio de Janeiro. Entre muitos outros valiosissimos trabalhos dos nossos medicos e pesquisadores brasileiros do assumpto por exemplo deveriam ter citação e possivelmente teriam realce os de Floriano Bayma.

A culpa não é propriamente do autor da these, que se tivesse decuidado, mas sim do pessimo sistema de divulgação scientifica das nossas revistas onde se sepultam notaveis collaborações aos mais intrincados problemas da medicina clinica e experimental.

Ao terminar cada parte o autor resumiu com justesa o que o capitulo continha; assim na parte I:

1.º — A parte mais importante do sangue transfundido é representada pelas hematias.

2.º — que é a sua deficiencia que se deve imputar em primeiro logar os accidentes verificados nos diversos estados em que a transfusão é indicada:

3.º — que as hematias transfundidas não desaparecem, mas persistem após as transfusões;

4.º — que finalmente é por um papel de substituição que estas hematias agem acalmando a actividade erythropoietica da medulla.

No final da parte II:

Disto tudo resulta inelludivamente que, em todas as transfusões, é desejavel para julgamento dos seus effectos, alem da determinação geral da formula sanguinea, a contagem dos granulofilocytoys, pois esta contagem nos indica:

1.º — si a transfusão tem probabilidade de alcançar resultados (si a medulla é capaz de regeneração).

2.º — si a transfusão foi proveitosa.

3.º — o momento justo de uma nova transfusão, mesmo quando todos os outros symptomatos assim como o quadro clinico do doente e a composição geral do sangue nenhum ponto offerecem para isto.

Em resumo, da litteratura e dos factos citados no desenvolver desta parte dos nossos estudos, vemos que

1.º — A maioria dos indices apontados para a avaliação dos effectos de uma transfusão é falha e insufficiente.

2.º — Os granulofilocytoys, formas jovens de hematias, são o indice mais sensível e fino da regeneração medullar.

3.º — Dada a relativa facilidade de sua pesquisa e contagem elles se tornam um meio pratico e perfeitamente indicado para controlar os effectos de uma transfusão.

4.º — Emfim, deste modo, elles constituem o unico e seguro meio de avaliar da indicação, dos resultados e oportunidade de uma nova transfusão.

Na terceira parte o autor justifica judiciosamente a escolha do methodo de Pappenheim e Nakanishi entre os demais para suas colorações vitais e publica cerca de 7 observações entre as quaes uma ou

Não fôra essa focalização exagerada a que involuntariamente quem faz uma these de doutoramento se conduz, como no caso em apreço, e se poderia julgar das modificações da formula leucocyitaria, da hematimetria, do valor globular, das condições physicas e chimicas do sangue, em comparação com a contagem dos granulofilocytoys, na transfusiotherapia e em diversos outros productos de transfusão de sangue e uma de injeccão intraperitoneal de sangue.

Lastimavelmente não observou o autor o que concluiu, pelo menos não publicou, "as contagens globaes e especificas", ao lado das quaes, a contagem dos granulofilocytoys, cossos therapeuticos que o autor abordou.

Conclue o autor da these:

Nossas conclusões:

Da litteratura revista nas duas primeiras partes de nosso estudo e das nossas pesquisas podemos obter as seguintes conclusões:

I — Os granulofilocytoys, formas jovens de hematias são um indice fino da regeneração medullar.

II — Na indicação e na apreciação dos effectos de uma transfusão, é precioso, ao lado da contagem glo-

bulas e taxa de hemoglobina, a contagem dos granulofilocytos.

III - Os granulofilocytos, cujo numero normal é de 1 para 1.000, augmentam nas anemias.

IV - Este augmento é proporcional, não ao grau de anemia, mas ao estado de excitação da medulla ossea.

V - Numa anemia grave, quando a medulla já está exgotada o numero granulofilocytos em vez de fortemente augmentado é, ao contrario, muito pouco elevado.

VI - Após as transfusões proveitosas o numero de granulofilocytos baixa.

VII - Esta diminuição indica de uma parte que a medulla acalmou a sua exaltação e que, portanto, o effeito do sangue foi de substituição; e de outra parte que a transfusão produziu effeito.

A bibliographia consultada consta de 46 trabalhos.

A these foi impressa na Typ. Coelho. Rua Pedro I, 15. Rio.

DR. CARLOS GAMA

A filtradotherapia nas enterites dysenteriformes da infancia - José A. VIEIRA DA SILVA. - These do Rio, 1930. - O A. ensaia 3 filtrados de culturas de 7 dias de germes dysenterigenicos, por via bucal e retal, em casos de enterites. Conclue em resumo que o resultado é nulo quando o agente da enterite é um agente essencial (habitos dysentericos e paradysentericos), e que dá 100 % de cura quando são outros dysenterigenicos. Essas conclusões não têm valor. A conclusão de falha, nas dysenterias verdadeiras foi tirada de 6 casos: 1.º - Criança de 19 meses, com 5.900 grs., doente ha um mes, em estado mau, e completamente desnutrida como se vê pelo peso; 2.º - criança de 3 meses, com 3.630 grs., desidratada, intoxicada; 3.º - sarou sem vacina, sararia mesmo pois o agente era o benigno bacilo de "Sonne"; 4.º - abandonou o tratamento por varios dias, e o agente era a "Salmonella morgani" (e não uma Shigella); 5.º e 6.º - menções de falha, sem registo da observação. A conclusão de 100 % de cura, dado como "resultado apreciavel". Sofre a ressalva no proprio texto de que sem vacina

outros casos se curam no mesmo prazo. Do ponto de vista dietetico, ha falhas imperdoaveis, como dieta absoluta em crianças completamente desnutridas.

DR. EDUARDO VAZ

Cysticercose cerebral - DR. MARIO MACHADO DE SOUZA - These do Rio, 1931. - A conclusões do A. são as seguintes:

I - A cysticercose no Brasil, apesar de rara, apresenta uma estatistica muito mais elevada do que as estrangeiras, dando uma média de tres casos e fracção por anno.

II - As diferentes localizações no cerebro apresentam disturbios symp tomatologicos do tumor cerebral, das meningites syphiliticas e tuberculosas hydrocephalia e manifestações psychicas intensas que reclamam a internação dos doentes nos manicomios.

III - A therapeutica clinica é inefficaz em qualquer fórmula de localização cerebral.

IV - O cysticercose se localiza em qualquer parte do systema nervoso central, mais frequentemente na cortica cerebral.

V - Quando a localização é definida, a intervenção cirurgica é a therapeutica ideal.

VI - Os symptomas clinicos dominantes são: cephalalgias, accessos convulsivos, ataques epileptiformes, com ou sem aurea inicial.

VII - As localizações ventriculares podem obturar os canaes ventriculares, trazendo como consequencias a hydrocephalia ou uma descompressão no liquido racheano, seguida de morte subita.

VIII - Ao lado dos symptomas clinicos, devemos lançar mão dos exames biologicos, principalmente da punção lombar e da reacção de fixação, para assentar o diagnostico.

IX - A maioria dos casos é encontrada nos individuos do interior, da classe pobre, onde a hygiene e educação são deficientes.

X - A educação e hygiene alimentar do povo, alliados a processos aperfeçoados para criação do animal e a severa vigilancia da carne do porco, são medidas prophylaticas que impedem a extensão do mal.

IMPRESSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Annaes da Faculdade de Medicina de S. Paulo—VII, 1932.

Anotações sobre a anatomia do paladar duro — AFFONSO BOVERO,

Um caso de Musculus supraclavicularis proprius de Gruber — GUARANY SAMPAIO.

Gliomas multiplos no peritoneo — CARMO LORDY.

Mitose e amitose — A. DREYFUS.

Estudo do metabolismo basal em doentes tratados pelo Lugol — F. A. MOURA CAMPOS.

Ação do infuso de café sobre a chronaxia — F. A. MOURA CAMPOS e DUTRA DE OLIVEIRA.

Sobre a incidencia da Capillaria gastrica e do Gongylonema neoplasticum nos ratos da cidade de S. Paulo — JOAO ALVES MEIRA.

Alterações do pulmão na Trypanosomíase americana experimental e contribuição para o estudo da natureza das células phagocytarias do pulmão — ERNESTO DE SOUZA CAMPOS e PAULO DE TOLEDO ARTIGAS.

Contribuição para o estudo da morphologia do Coccidioides immitis nos tecidos parasitados — FLORIANO DE ALMEIDA

Tronco arterioso commun permanente com endocardite chronica fetal — CUNHA MOTTA.

Carcinoma primario do figado — PAULO TIBIRIÇA e LOURIVAL SANTOS.

Adenoma sebaceo multiplo — PAULO TIBIRIÇA e ALCINO BITTENCOURT DE ABREU.

Um caso de hernia diaphragmatica — CONSTANTINO MIGNONE.

Ulcera diptherica da pelle — WALTER E. MAFFEI.

Achados de uma necroscopia medico-legal — FLAMINIO FAVERO e HILARIO VEIGA DE CARVALHO.

O liquido cephalo-rachidiano nas meningites — OSWALDO LANGE.

Molestia de Ayerza — JAIRO RAMOS.

Pediatria Practica—IV, 7, dezembro de 1932.

Polyarthrose infantil progressiva — MARTINHO DA ROCHA.

Um caso de nevo pigmentado — JOSÉ MARTINHO DA ROCHA e AMADEU FIALHO.

Atrophia-decomposição — O. CHIAFFARELLI.

Vitamina anti-esteril E — VICENTE BAPTISTA.

Publicações Medicas—IV, 7, fevereiro de 1933.

O advento da cesareana em Pirajuhy — ODETTO SANDOVAL DE CARVALHO.

Syndrome genito-cortico-suprarenal ALVES CARDOSO.

—A doenca de Nicolas-Favre — ERVIN WOLFFENBUTTEL.

Revista da Associação Paulista de Medicina—II, 2, fevereiro de 1933.

Das anurias e sua therapeutica — ATAHYDE PEREIRA.

Aneurisma da arteria cubital direita de origem rheumatismal — PLINIO DE LIMA.

Grupos sanguineos em S. Paulo — OTO BIER e J. CLEOMENES MACHADO.

Considerações em torno da cholecystographia rapida — EDUARDO COTRIM.

Revista de Entomologia—II, 4, dezembro de 1932.

Dois novos coleopteros ecitophilos do Brasil ("Staphlinidae") — BORGMEIER, T.

Ueber del Bewertune der ausseren Geschlechts-Merkmale fuer die Sgstematik und Neues ueber neotropische Odontochilae ("Cicind"), — Horn, W.

Quelques fourmis inédites de l' Amerique centrale et Cuba — SANTACHI, F.

Arten des Rio de la Plata Stromtales ("Col. Carabidae") — LIENKE, M., DRE GALERITA.



LUTZ, FERRANDO & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

RUA 15 DE NOVEMBRO N.º 47

PHONE 2-4998 — SÃO PAULO

CIRURGIA: *Moveis Asepticos, Salas de Operações e esterelisações. Instrumental cirurgico.*

Montagens completas para Hospitais e Casas de Saude.

CHIMICA: *Microscopia, Batereologia, Physica, Historia Natural, Corantes e Reagentes para Laboratorios. Material de Leitz.*

ELECTRICID.: *Instalações completas de aparelhos de Raios X. Electricidade Medica, Diathermia, Ultra-violeta, Infra-Vermelho.*

Artefactos de Borracha

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA.

TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS.

BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA.

DEDEIRAS.

VARIOS ARTIGOS PARA LABORATORIO E PHARMACIA

Genesio Figueirôa

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Ypiranga N.º 19-A e 19 B

São Paulo

LABORATORIO "MALHADO FILHO"

ANALYSES CLINICAS

Análises de Urina, Sangue, Escorros, Faleas
Membranas, Suco Gastrico, Leite, Fôcos, etc.



Reacções de Wassermann, de Roschlaub, de
Flocculação e de Widal, Auto-Vaccinas, etc.

PHARMACEUTICOS

MALHADO FILHO E PENNA MALHADO

Rua São Bento N. 24 (2.º andar) - Telephone 2-2572 - São Paulo

PULMATOL

O
MELHOR REMEDIO
CONTRA A
TOSSE

LABORATORIO ESPECIALIZADO DE ANALYSES

para Líquido cephalo-rachidiano

Para atloido-occipitais. Lipidól radiológico ascendente e descendente. Injeções de ar para ventriculographia. Injeções medicamentosas intra-rachidianas.

Dr. Oswaldo Lange

RUA SENADOR FEIJÓ N.º 27

Salas, 88 e 89-A

Phone, 2-1551

SÃO PAULO



“NICA” *vos oferece*

os productos purissimos de banana obtidos por processo natural contendo todas as vitaminas e propriedades nutritivas do fruto fresco.

“NICA” B A N A N A P A S S A

“NICA” F A R I N H A D E B A N A N A

“NICA 5” Alimento e medicamento para crianças, indicado em todas as formas de diarréas infantis.

Escriptorio de venda por atacado: Rua José Bonifácio, 42 - sob.

■ HOSTIAS

GRANULADOS ■

TRICALCINE

VITAMINA D
SAES DE CALCIO

IRRADIADA

RECONSTITUINTE
GERAL

LABORATORIO DOS PRODUCTOS SCIENTIA, 21, RUE CHAPTAL, PARIS, IX^e ARR^e

Novos generos e novas especies de Cerambycideos do Brasil ("Col Cerambycidae") — MELZER, J.

New forms of "Pierisphileta" Fabr. ("Lep. Pieridae") — HAYWARD, KENNETH J.

Cinibicinem aus den dlusen Paulista ("Hum., Tenthred") — O. CONDE.

Um genero e duas especies novas de "Rhopalomeridae" do Brasil, e o pupario de "Willistoniella pleuropunctata" Wied. ("Dipt") — FISCHER, C. R.

The Tysanoptera of South America, — MAULTON, D.

Revista Oto-laryngologica de S. Paulo—I, 1, janeiro-fevereiro de 1933. Sobre um caso de adamantinoma-cystico gigante do maxillar superior — HOMERO CORDEIRO e JOSÉ JULIO CANSANÇÃO.

Larynjectomia total — GABRIEL PORTO.

Abcesso retromastoideu complicado — MARIO OTTONI DE REZENDE.

Da Cirurgia esthetica em face da responsabilidade legal — J. REBELLO NETTO.

INTERESSES PROFISSIONAES

Está em organização a Ordem dos Medicos

O que se faz em S. Paulo — Trabalha-se activamente no seio da classe medica de S. Paulo com o fim de se crear em nosso paiz a Ordem dos Medicos, nos moldes das que já existem em outros paizes.

Constituida uma commissão pela Associação Paulista de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, a mesma está trabalhando com grande exito, encontrando geral apoio e tendo conseguido a adhesão do Syndicato Medico de S. Paulo, que declarou estar plenamente de accordo com a iniciativa.

A referida commissão está distribuindo o seguinte appello, em que estão consignados, claramente, os fins da Ordem dos Medicos:

"No momento em que as classes sociais se movimentam e polarizam suas energias, accossadas pela rajada reformadora que vem abalando o universo, em demanda de uma mais equanime affirmação de direitos, já não é lícito á classe medica brasileira continuar no indiferentismo com que até agora tem encarado os seus problemas de ordem moral e economica.

A interdependencia entre o exercicio da profissão medica e os interesses da colectividade, a interferencia que por força da sua missão é confiada ao medico em problemas

basicos de uma nacionalidade, v. g. o problema sanitario e secundariamente o hospitalar, emprestam aos direitos da classe o cunho de uma necessidade social.

E' indubitavel a necessidade de medidas acauteladoras da dignidade e tutela material do exercicio da profissão.

Na terapeutica dos fatores que cprimem a classe medica, uns são de natureza intrinseca, isto é, da sua alçada, e outros dependentes de um aparelho regulador do exercicio da profissão medica, criado pelo governo e manejados por ela. A tutela do exercicio da profissão medica tem merecido a atenção dos governos da mais larga experiencia, culminando na criação de um organismo de defesa a que se denominou a Ordem dos Medicos.

Na França, onde a Ordem foi imposta não só pela classe como reclamada pelo povo, o projeto referente a ela, (lei M. Xavier Vallat) foi adotada pela Camara sem o menor debate, e na Italia vem a Ordem, ha tres annos, desenvolvendo a mais benefica repercussão no ambiente medico.

O que é a Ordem dos Medicos — E' um organismo de real efficiencia nas suas finalidades, porque:

a) supõe a sua officialização pelo governo. A Ordem dos Advogados em vigor entre nós, é considerada serviço publico federal;

b) o exercicio da profissão só é permitido aos medicos inscritos na Ordem;

c) contém em seu bojo um conselho disciplinar para applicação de sanções que permitem a interdição do exercicio da profissão de todo o membro que se tornar lesivo aos interesses da classe.

Aparelhada com esse instrumento coercitivo, a Ordem dos Medicos torna-se eficaz quando pretende:

1.º) — sanar a classe dos maus elementos que claudicam e a conspurcam com as suas praticas ilicitas;

2.º) — applicar as medidas mais adequadas ao seu amparo material.

Tais são, em sua essencia, a organização e finalida da Ordem dos Medicos que inda ha poucos annos,

na Inglaterra, teve oportunidade de excluir de seu Album varios medicos acusados da pratica do aborto criminoso e outros por contumases no vicio da embriaguez. (Conferencia Leonidio Ribeiro).

A Ordem dos Medicos da Italia constitue um pequeno Estado dentro do Estado, pela extensão que o governo lhe conferiu.

Com efeito, entre outras attribuições, o art. 3 lhe delega;

a) toda a iniciativa tendendo ao aperfeiçoamento da instrução e educação e á previdencia e assistencia social dos seus membros;

b) a apresentação de pareceres sobre honorarios conciliando as pendencias entre profissionais e clientes".

A commissão espera receber sugestões a respeito do assumpto. Dirigir-se á Associação Paulista de Medicina, Predio Martinelli, S. Paulo.

NOTICIARIO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

Eleição da nova directoria e premios — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo reuniu-se, em assembléa geral, para a eleição da nova directoria, para o anno social 1933-34.

O acto foi presidido pelo dr. Zepherino do Amaral e secretariado pelos drs. Oscar Monteiro de Barros e Geraldo Vicente de Azevedo. Antecedeu á eleição a leitura dos pareceres dados, pelas commissões respectivas, ás theses de doutoramento premiadas com grande distincção pela nossa Faculdade, concorrentes deste anno, aos premios instituidos pela Sociedade.

A assembléa approvou os pareceres que julgaram detentores, respectivamente, dos premios "Sergio Meira" e "Etheocles Gomes", os srs. Henrique Sam Mindlin, autor da these — "O liquido cephalo racheano na syphilis", e Reynaldo Neves Figueiredo, autor da these — "Contribuição ao estudo do systema nervoso vegetativo".

Quanto ao premio "João Florencio", a assembléa deliberou voltasse o parecer á respectiva commissão julgadora, afim de elucidal-o convenientemente.

Em seguida, procedeu-se a eleição da nova directoria.

O dr. Ayres Netto pede a palavra para solicitar a sua demissão do cargo de secretario geral, visto ter sido o seu nome lembrado por varios amigos ao cargo de vice-presidente. Attendendo ao motivo exposto, o presidente declara aberta a vaga de secretario geral.

A' eleição concorreu grande numero de socios, tendo a commissão apuradora declarado eleita a seguinte directoria: presidente, dr. A. C. Pacheco e Silva; vice-presidente, dr. Ayres Netto; secretario geral, dr. J. Ribeiro de Almeida; 1.º secretario, dr. Urbano Silveira; 2.º secretario, dr. Gastão Fleury Silveira; thesoureiro, dr. Araripe Sucupira (reeleito). Para presidentes das secções: medi-

ciça geral, dr. Alcides Ayrosa ; cirurgia geral, dr. Raul Vieira de Carvalho ; sciencias applicadas, dr. Altino Antunes ; medicina especializada, dr. Cantidio de Moura Campos ; cirurgia especializada, dr. José Soares Hungria ; medicina publica, dr. Borges Vieira. Comissão de patrimonio : drs. Zepherino do Amaral, Oswaldo Portugal, Americo Brasiliense e Pereira Gomes. Para a comissão de redacção do "Boletim" foram eleitos os drs. Jorge Maia, Lemos Monteiro e Geraldo Vicente de Azevedo.

Posse da directoria e entrega dos premios — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realizou a 7 de março uma sessão solenne para a posse da nova directoria e entrega dos premios instituidos ás theses approvadas, com grande distincção, pela nossa Faculdade e que, neste anno, couberam aos drs. Henrique Sam Mindlin, premio "Sergio Meira" ; Clemente Pereira, premio "João Florencio Gomes", e Reynaldo Figueiredo, premio "Ethecles Gomes", todos constantes de diplomas e medalhas de ouro.

Ao abrir a sessão expostos os seus fins, o dr. Zepherino do Amaral dá a palavra a 1.º secretario, dr. Oscar Monteiro de Barros, para lêr os pareceres da comissão de premios.

Em seguida á entrega dos premios, ouviu-se a saudação feita pelo dr. Mesquita Sampaio aos premiados e que foi a seguinte :

"Cabe á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, no dia de hoje, cumprindo uma das suas mais gratas attribuições fazer-vos a entrega dos premios "Sergio Meira", "João Florencio" e "Ethecles Gomes", respectivamente de clinica, zoologia medica e physiologia. Para vos saudar então, em nome desta Sociedade, é que me tendes por momentos nesta tribuna. Antes de tudo porém, manda a verdade vos dizer, que si a Sociedade de Medicina e Cirurgia ao indicar-me para o desempenho desta missão, tivesse procurado entre os seus associados quem com mais sympathia della se desobrigasse, teria andado com todo o acerto ! Pois, meus caros amigos, se ha uma in-

cumbencia aprazivel, será a de se reconhecer meritos legitimos. Ora, nos casos concretos é o que precisamente se verifica, haja vista os julgamentos mais altamente, lisongeiros e insuspeitos, emitidos pelos juizes de vossos trabalhos, nomeados por esta douda aggremação scientifica. Faz parte do parecer emitido sobre, "o liquido cephalo racheano na syphilis" de Henrique Sam Mindlin, candidato ao premio "Sergio Meira", entre outras mui judiciosas referencias, o seguinte trecho : "trabalho de grande alcance scientifico e utilitario, de natureza eminentemente pratica, é completo". E, esta verdade resalta, ao percorreremos a monographia acima citada. Realmente, o A. não poderia ter sido mais feliz, já na escolha do assumpto, inedito em o nosso meio, já na maneira clara e concisa pela qual o expõe, como ainda, na extensa litteratura e, principalmente, no grande numero de casos em que se estribou para documentar o seu brilhante estudo. Aliás, de Sam Mindlin, era de se esperar isto, e quiçá mais ainda, o que pretendo poder afirmar com juizo insuspeito, dadas as circumstancias que nos permittiram um contacto prolongado, em virtude, da sua grande assiduidade ao Serviço de Neurologia da Faculdade, onde elaborou grande parte do seu esplendido trabalho inaugural e, ao qual por coincidência tenho a ventura de estar ligado. Trabalhador incansavel, desde os primordios dos seus tempos academicos, dedicou, grande parte da sua actividade á Liga de Combate á Syphilis do Centro Academico "Oswaldo Cruz", temperamento irrequieto e sempre sedento de novos conhecimentos, nem por isto, abdicou do seu alto espirito de critica. De Clemente Pereira com a sua estu-penda monographia "Myenchus botelhoii" n. sp., curioso nematoide parasito de Limnobia brasiliensis Pinto (Hirudinea), temos a destacar o o seguinte periodo que lhe outorgou o premio "João Florencio" : "A probidade scientifica demonstrada á natureza do trabalho, os resultados obtidos, os processos technicos escriptos, etc. demonstram categoricamente, o valor e importancia pratica do seu trabalho". E. por todos os

titulos fez jus á recompensa. Desde muito cedo dedicou-se com affinho ao estudo da zoologia a tal ponto, que sendo este, de facto, o seu trabalho inaugural, nem por isto, se percorrermos a nossa literatura medica, no assumpto, vamos deixar de encontral-o, já com um bom numero de contribuições sobre o objecto da sua especialidade, o que, muito breve, o recommendará como um dos nossos futuros pioneiros da zoologia medica. Reynaldo de Figueiredo, candidato do premio de physiologia "Etheocles Gomes" instituido pelo prof. Cándido de Moura Campos em homenagem ao saudoso e sempre pranteado prof. de physiologia, o qual este anno, pela primeira vez é distribuido, apresenta a seguinte these: "Contribuição ao estudo do systema nervoso vegetativo". E' do theor seguinte, um dos trechos do parecer que lhe adjudica o premio: "E' uma contribuição de importancia consideravel num terreno em que muito existe por pesquisar e onde justamente, mostra o A. movimentar-se com orientação efficaz, uma vez em se tratando de factos e phenomenos actuaes de diffices investigação e interpretação". O que fica dito resume de maneira clara e patente o valor da alludida contribuição. Em se tratando de um trabalho de physiologia com applicação mui directa na clinica pode-se logo avaliar da utilidade e real alcance que apresenta esta these, e, serve ainda, despertando a attenção para tão debatido e sempre mal conhecido capitulo da physiologia e clinica do systema nervoso autonomo, para fomentar novos estudos que de muito virão engrandecer o nosso meio scientifico. Ora, só por isso, já seria mais do que justificado o premio que acaba de conquistar. Meus jovens amigos, neste momento em que estaes colhendo os fructos optimos de um labor honesto e efficiente, que fique indelévelmente gravado nos nossos espiritos o verdadeiro significado destes premios, e, ao ingressardes na vida pratica onde de par com os triumphos que tanto, mereceis, e os espinhos, não constituem facto excepcional, ahí então que sirva de incentivo para que não estandeis, a recompensa que acabaes de receber, continuando sempre na

trilha que ora inicias com tamanho realce trazendo sempre vivo na mente o que um dia disse Nitache: "Que o vosso amor pela vida seja a vossa mais alta esperanza e que a vossa mais alta esperanza seja o mais alto pensamento da vida."

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo vos sauda por meu intermedio augurando-vos um futuro porvir e faz votos para que continueis a collaborar para o engrandecimento sempre crescente da medicina paulista."

Em nome dos premiados o dr. Henrique Sam Mindlin proferiu as seguintes palavras:

"Os meus collegas Reynaldo Neves de Figueiredo e Clemente Pereira, indicados para receberem este anno, respectivamente, os premios "Etheocles Gomes" e "João Florencio" conferidos por essa Sociedade, quizeram incumbir-me de os representar neste agradecimento á amabilissima saudação que nos dirigiu o dr. Mesquita Sampaio, a mim que com elles compartilho, pelas inesperada indicação do meu nome para o premio "Sergio Meira", as satisfações deste dia inesquecível. E' por este motivo que tenho a subida honra de vos falar. Como haveis de comprehender, ao desempenho desse encargo se me oppõem numerosos obstaculos. E, mais do que a emoção natural provocada pela benevolencia do vosso acto, mais que o desvanecimento causado pela gentileza captivante desta honrosissima recepção, mais do que a ausencia de dotes oratorios, a surpresa inescedível que para mim constituiu a indicação de minha pessoa para receber este anno o premio "Sergio Meira", surpresa de que ainda não me sinto refeito, me difficulta a expressão do pensamento. Não fora a circumstancia de poder aqui mencionar os nomes desses brilhantes collegas a quem a Sociedade de Medicina e Cirurgia neste momento confere as maiores honras a que pôde aspirar um estudante da nossa Faculdade, desses pesquisadores infatigaveis, cujos dotes e cujos trabalhos durante seis annos constituíram para mim motivo da mais sincera admiração, e eu não me abalancaria a erguer a minha voz neste recinto. Mas

CASA DE SAUDE "DR. HOMEM DE MELLO"

25 annos de serviço. Molestias mentaes e nervosas, toxicomanias, repouso e convalescença. Logar alto e salubre. Grande parque. Pavilhões isolados

FUNDADOR: DR. CLARO HOMEM DE MELLO
DIRECTOR-CLINICO: DR. TH. DE ALVARENGA
DIRECTOR-GERENTE: MARCELLO HOMEM DE MELLO

Rua Dr. Homem de Mello. Alto das Perdizes

Telephone 5-1136

S. PAULO

Caixa Postal 12

Quem experimentar



CAJÚ PURGATIVO

Nunca mais usará outro purgante

À venda em todas as Pharmacias

Emetina Clin

O CHLORIDRATO DE EMETINA

preparado pelos Laboratorios CLIN, no estado cristallizado, corresponde ao sal de 7 moleculas de agua, em conformidade com as exigencias das pharmacopêas. Apresenta todas as garantias exigiveis quer sob o ponto de vista da sua pureza, quer da sua actividade therapeutica demonstrada por numerosos ensaios clinicos

1709

FORMAS :

- 1° Tubos Esterilizados Clin de Chloridrato de Emetina de 1 cc. para injeções, doseados a 0 gr. 01 a 0 gr. 10 por cc. em caixas de 3, 6 e 12
- 2° Chloridrato de Emetina Clin Cristallizado por divisões de 0 gr. 50, 1 gr., 5 gr., 10 gr.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o - PARIS
SEYS & PIERRE - CAIXA POSTAL 489 - RIO DE JANEIRO

ALUETINA

Injecções mercuriaes indolores

ALUETINA N.º 1 - Dosada a 1 centg. de cyaneto de mercurio.

ALUETINA N.º 2 - Dosada a 2 centg. de cyaneto de mercurio.

*Tratamento intensivo da syphilis
em todas as suas manifestações.*

V. WERNECK & CIA.

Rio de Janeiro

a menção destes collegas é uma satisfação a que não tive coragem de fugir. Reynaldo Neves de Figueiredo, foi em todo o curso um estudante notavel. E sua these de doutoramento representa o digno fim de um esforço continuado e proficuo, pois as conclusões a que chegou trouxeram uma contribuição valiosa para a nossa literatura medica. Em seu nome agradeço o auxilio do prof. Franklin de Moura Campos. Clemente Pereira foi outro companheiro de merito extraordinario, que, com tenacidade infatigavel, se dedicou á parasitologia sob orientação do prof. Travassos já tendo colhido resultados brilhantes, que agora culminaram na consagração que fizestes da sua these. Tenho aqui a satisfação de mencionar tambem os nomes dos meus collegas Zephirino Vaz e Pedro Egydio de Oliveira Carvalho, estudantes de raro brilho, cujas theses, igualmente notaveis, mereceram menção honrosa, na impossibilidade em que estava esta Sociedade, em virtude de disposição regulamentar, de lhes conferir outro premio. Quero vos agradecer ainda, o gesto com que houvestes por bem conferir o premio "Sergio Meira" á these de doutoramento que apresentei, versando sobre "o liquido cephalo racheano na syphilis". Foi, como já disse, isso uma surpresa para a qual, alem da benevolencia extrema da commissão julgadora, só posso achar uma explicação — é a feliz escolha do assumpto, para cujo desenvolvimento, mais do que a minha contribuição pessoal, valeram as suggestões oportunas e o auxilio constante do prof. Enjolas Vampré e de seus dignos assistentes, meus presados amigos drs. Oswaldo Lange. Adherbal Tolosa e Paulino Longo. Com effeito, se algum merito existe no estudo do liquido cephalo racheano na syphilis, esse está justamente no facto de se poder, por meio desse estudo, conseguir um diagnostico seguro da neuro-lues, quando ainda em estado clinicamente indistinguivel, tornando-se um methodo particularmente valioso nos casos comumente chamados de syphilis latente. Na circumstancia de haver acentuado esse facto é que encontro a possivel justificação do premio que me foi outorgado. Desejo ainda

manifestar a profunda emoção que senti em receber o premio "Sergio Meira" em virtude de um facto possivelmente desconhecido de V. Excia, sr. Presidente. Não sou brasileiro. Na qualidade de estrangeiro teria encontrado, em muitos paizes que se dizem civilizados, óbices intransponiveis á minha carreira profissional. Nesta bemdita terra de São Paulo, entretanto, jamais essa circumstancia veio de qualquer forma diffcultar os meus estudos ou influir na attitude de meus professores e collegas. Nunca a approvação de sentir pela frente a asperesa de um preconceito nacional ou religioso veio turbar a illimitada admiração que de ha muito em mim despertou este pedaço grandioso do Brasil. E agora que uma prova definitiva, se bem que desnecessaria, veio ainda uma vez comprovar a vossa grande hospitalidade, a vossa generosa acolhida de todos quantos aqui procuram um campo de trabalho fecundo e um refugio dos conflictos irremediaveis do Velho Mundo, agora que, fazendo-me a entrega deste premio, daes um tão vivo testemunho da mais nobre liberalidade, sinto-me incapaz de exprimir o meu reconhecimento. Posso apenas dizer que constitue para mim um orgulho inescedivel ser diplomado pela Faculdade de Medicina de S. Paulo e agora receber, nesta Casa venerada por toda a classe medica paulista, tão immerecida, mas tão honrosa distincção."

Logo a seguir o dr. Ayres Netto tratou da actividade da Sociedade durante o anno social que findava. Foram estas as suas palavras:

"Meus caros consocios. — Obédiente, ainda uma vez, á letra dos nossos estatutos, cumprindo os meus arduos deveres de Secretario Geral, que a vossa indulgencia me confere desde muito tempo, venho dar-vos conta, em rapido esboço, das principaes occorrencias, verificadas no anno social que neste instante termina.

Factores extranhos ás nossas locubrações e á vida interna da Sociedade, não permittiram que o programma traçado pela actual Directoria, na dianteira da qual designastes uma das nossas mais festejadas representações, vulto de destaque na

cirurgia, fosse todo elle desdobrado, como seria de esperar.

As reuniões das Semanas Especializadas, occorridas em epochas previamente marcadas, e que decorriam com extraordinaria projecção e real interesse, foram interrompidas desta feita.

Os nossos trabalhos estiveram completamente paralisados durante quatro mezes, o que jamais aconteceu na nossa longa existencia.

Todos nós partimos a prestar serviços, em várias esphas de acção, em todos os sectores, acompanhando assim o grande movimento de idealismo da gente de Piratininga.

Grande povo — feito soldado, que sem distincção de classes, esquecendo condições sociais, formou um e forte nas mesmas fileiras em busca das mesmas crenças e animados dos mesmos pensamentos.

Felizes aquelles que seguiram de perto a epopéa magnifica e que puderem em dias afastados, narrar aos aos vindouros o que constitue o verdadeiro espirito de renuncia e de sacrificio.

Retomando o ritmo normal da nossa actividade, votastes, na primeira sessão de Outubro, uma moção de sentida saudade aos collegas militares ou civis que cahiram na luta e de apoio incondicional áquelles, tambem medicos, que estivessem sofrendo, por qualquer fórma, vexames e constrangimentos consequentes ao levante de Julho.

No nosso quadro social houve duas perdas, que nos encheram de immensa dôr.

Golpe profundo soffreu a Sociedade com o desaparecimento, após inesperada e curta molestia, de um dos seus mais prestigiosos titulares da secção de cirurgia especializada.

O nome do nosso pranteado doutor Ignacio Bueno de Miranda ficará como exemplo bem vivo de varão illustre e de abnegado cultor das sciencias hypercaticas. Viveu vida bem trabalhosa, entregue e dedicada á oto-rhino-laryngologia de que foi nesta Capital reconhecido precursor. Quando a morte o veio buscar, para o descanso eterno encontrou-o com os olhos marejados de lagrimas, angustiado com a situação financeira da Policlinica á qual, desde muito,

prestára, rem desfalecimentos, inestimaveis serviços como medico e como seu Presidente.

A França ainda chôra a perda de Chauffard, uma de suas estrellas de raro brilho. Era dos nossos desde alguns annos, na classe dos correspondentes; chefe de escola, professor brilhante, sobretudo clinico de apurado saber.

A personalidade do saudoso mestre jamais se apagará da memoria dos seus numeros discipulos e colaboradores, ficando perpetuada nos livros que escreveu, nos assumptos originaes que versou, principalmente de pathologia hepatica que correram mundo, elevando, ainda mais alto, o renome da sciencia franceza.

A vaga aberta na secção de medicina especializada foi preenchida, em eleição sem competidor, pelo doutor Carlos Fernandes, já bastante conhecido no nosso meio e de cujo saber muito temos a esperar.

Em abril e logo adiante em maio, emprestamos nosso apoio incondicional de applauso ás festas jubilaes de Miguel Couto e José de Mendonça, ambos pertencentes á nossa companhia, promovidas no Rio de Janeiro.

São dois maiores da medicina e da cirurgia brasileiras, que as honram por muitos titulos e notaveis attributos.

Ao findar esta inexpressiva exposição, rapida e singela, do que foram os nossos labores, na quadra agitada que passamos, quero ainda uma vez, agradecer, sem encontrar palavras para tanto, aos meus fieis amigos desta Casa, que entenderam, em má hora, eleger-me, pela unanimidade dos seus suffragios, para a nova Directoria, hoje empossada, nas funções de vice-presidente.

Curvando-me aos vossos dictames afastei-me da secretaria geral, que vinha occupando em annos consecutivos, por vossa deliberação.

Nesse posto fui vantajosamente substituido pelo meu particular amigo Ribeiro de Almeida, possuidor de sobejas qualidades para a investidura e entranhado amor á Sociedade de Medicina e Cirurgia.

E agora, meus amigos, confiantes no dia de amanhã, e no imperio da Lei, que já nos acena de perto, mãos á obra!

Que este periodo que hoje se inicia, preenhe de esperanças, colha fartas messes e marque horizontes novos á medicina paulista.

Sejamos dignos continuadores daquelles que, ha perto de quarenta annos, alicerçaram esta instituição, depositaria da cultura e das tradições medicas de varias gerações.

Aqui ficam os votos que formulei para a honra das nossas letras e grandeza de São Paulo".

Em seguida falou o dr. Zepherino do Amaral, cujas palavras foram estas :

"Que posso e devo dizer agora, meus caros confrades, ao vos restituir o elevado cargo que, num momento de generosidade, houvestes por bem me confiar ?

Ao recebe-lo, agradei-vos o inestimavel premio, mas preveni que ambos, a Sociedade e eu, iriamos soffrer as consequencias desse acto.

Com effeito, a previsão realizou-se em toda a plenitude. Vós tivestes o enorme prejuizo de uma direcção imperfeita sob muitos pontos de vista ; e eu, o desse sentimento, grandemente penoso, de não vos ter servido á altura da consideração que me dispensastes.

Todavia, no desempenho da minha missão, para melhor disfarçar a deficiencia pessoal, dispendi todos os esforços de que eu era capaz. Mas, as falhas e os erros, se não encobrem impunemente. Como o vistes, a presidencia da Sociedade, durante todo um anno, deixou de manifestar as virtudes que sempre a exalçaram.

E eu o notei tanto quanto vós, pois nunca me faltou, felizmente, a consciencia de meus defeitos.

Para a boa orientação dos problemas, multiplos e complexos, que se levantam e agitam de ordinario no seio de um gremio, em que se reúnem os expoentes da cultura medica de uma grande cidade, se tornam imprescindiveis qualidades especiaes.

Ora, vós o sabeis, fallecem-me esses preciosos attributos. Apenas tive a secundar-me a longa experiencia dessa arte, que ha muitos annos aborve a mor parte de minha actividade.

Dir-se-ia desnecessario dar-vos o relatório dos factos occorridos nesse

anno social que hoje finda. Todos elles devem se achar gravados ainda nitidamente em vossa memoria.

Abstenho-me de apresentar a nomenclatura dos trabalhos lidos e discutidos nas successivas sessões, cuja importancia e cujo valor já foram convenientemente apreciados, e que serão publicados em nossa revista.

Esses trabalhos, interessantes, versando justamente os assumptos mais actuaes e mais curiosos da profissão, são o melhor attestado de vossa capacidade e a razão do prestigio de nossa Sociedade. Devo lembrar que, em abril, a Sociedade collaborou nas justas homenagens dedicadas ao antigo sócio correspondente José de Mendonça, assim, como, no mez seguinte, nas festas jubilaes ao preclaro mestre Miguel Ceuto.

Em maio, preencheu-se a vaga na sessão de medicina especializada, mediante eleição, com a entrada do nosso collega Carlos Fernandes, de quem a Sociedade muito espera.

No decorrer do anno soffremos duas grandes perdas : o fallecimento do sabio Prof. Chauffard, em Paris, nosso socio correspondente ; e o de Ignacio Bueno de Miranda que, em varias sessões tantas vezes nos mostrára os dotes de seu espirito e cuja convivencia sobremodo affavel jamais esqueceremos. Dispensamo-lhes, mais por impulso expontaneo do que por imposição de nossos estatutos, as devidas homenagens.

No ultimo movimento constitucionalista a Sociedade de Medicina acompanhou as demais associações de classe nas suas resoluções e manifestos tomando uma attitudie digna de seu passado e de accordo com o sentimento dos seus associados. Durante esses tres mezes foram suspensas as sessões, cooperando a Sociedade por todos os meios, no sentido de ser util a São Paulo.

Essa interrupção dos nossos trabalhos privou-nos da semana cirurgica e de varias conferencias que aqui se deveriam realizar, dentre as quaes uma do Prof. Marion, de Paris.

Na derradeira sessão realisada tivemos o prazer de ouvir a interessante conferencia do scientista francez Dr. Tirray, que discorreu sobre "o tra-

tamento do rheumatismo chronico em Aix-les Bains.

Quanto ao movimento pecuniario da Sociedade, dispenso-me de expolo, porque, para conhece-lo suficientemente, basta lanceis a vista sobre o relatorio apresentado pelo The-soureiro.

Cumpre-me, enfim, agradecer a todos os membros da direcção extinta da Sociedade seus relevantes serviços. Posso mesmo dizer sem modestia, quasi nada teria feito sem a eficiencia de sua collaboração. Seus nomes, tão conhecidos, tão acatados, já dispensam elogios: Pacheco e Silva, Ayres Netto, Oscar M. de Barros, Geraldo V. Azevedo, Araripe Sucupira e Jorge Maia.

Igualmente, extendo meu agradecimento a todos os consócios e collegas que compareceram ás sessões, prestigiando os nossos trabalhos. Ao terminar, mui caros collegas, de envolta com o meu reconhecimento a todos vós, não posso deixar de exprimir meu prazer por transferir ao novo Presidente e aos seus auxiliares, a direcção de nossa Sociedade. Felicitemo-nos pelo facto auspicioso. Podemos contar de antemão, attendendo a intelligencia, erudição e actividade dos mesmos, com um grande impulso no desenvolvimento de nosso gremio."

Deu-se, então, a posse na nova directoria, cujo presidente, dr. A. C. Pacheco e Silva, proferiu o seguinte discurso:

"Quando vice-presidente desta Sociedade, tive a ventura de receber tantas provas de solidariedade e sympathia dos meus nobres collegas, que ja mais nada quasi me sobra para acrescer á minha grande e imperecível gratidão. Agora, conduzido ainda pela vossa generosidade, eis-me na presidencia, o que é para mim honra tamanha, que não me furto em proclamar publicamente quanto isso me desvaneece. Não atinei porem, por mais que procurasse analysar a minha vida passada, com a razão de ser da minha escolha para o primeiro daquelles cargos, que uma tradição de quasi 40 annos conduziu-me ao segundo. Todavia, obedeci e aqui estou como humilde soldado, a quem annos de disciplina ensinaram a cumprir,

ordens, por mais arriscado que seja o posto designado. Aceitando-o, assumo perante vós todos, o compromisso de empenhar todo o meu esforço para que não se esmaça o brilho que lhe emprestaram aquellas figuras que, alli naquella sala, na sua modestia, se succede pela ordem que occuparam. Os que já se foram, hoje inda maiores, estão sempre a nos animar com o seu exemplo, pelo muito que fizeram para erguer as nossas letras medicas. Que era S. Paulo, poucos annos faz, senão uma provincia, onde apenas meia duzia de clinicos se occupavam de cousa de sciencia? Mas em torno desse pequeno nucleo inicial, reunidos sob este mesmo tecto que nos abriga, foram se formando notaveis escolas, de que hoje tanto nos orgulhamos e cujos progressos no futuro ninguem poderá prever, tão promissoras se nos afigura. Dahi para cá, a medicina realizou grandes avanços em todas as direcções, nas suas multipas espheras, exigindo cada vez maior esforço daquelles que procuram seguir-lhe os passos. Vejo, assim, de muito aggravado o meu mandato, sobretudo numa epoca como esta, em que somos tambem chamados a prestar o nosso concurso na solução de problemas sociaes. Os medicos, para bem desempenharem a missão que lhes cabe no meio em que vivem precisam estar congregados, unidos, cohesos, syndicalizados. E esta tarefa cabe ás Sociedades medicas. São essas as ideas que me animam meus caros confrades, neste momento em que, obedecendo a vossa vontade, ousou occupar a presidencia desta Sociedade. Estou que, com a ajuda dos que me cercam, dessa figura de animador incançavel que é Ayres Netto e dos mais illustrados companheiros Ribeiro de Almeida, Urbano Silveira, Gastão Fleury da Silveira e do nosso thesoureiro Sucupira, poderei levar a bom termo a minha missão, sem desdouro para os meus antecessores, o ultimo dos quaes, Zephirino do Amaral, acaba de ainda mais enaltecer este posto e de cujas mãos recebo patrimonio tão valioso, que, com o auxilio de todos vós, conto não delapidar."

Depois de approvado um voto de louvor á ultima directoria, foi encerrada a sessão.

Necrologia

Dr. Francisco Pompeo de Camargo. — Falleceu no dia 28 de fevereiro, em Campinas, com 50 annos de idade, o dr. Francisco Pompeo de Camargo, illustre cirurgião daquelle cidade e filho de tradicional familia paulista.

Em Campinas, sua terra natal o dr. Francisco Pompeo de Camargo gozava de grande conceito, estando o seu nome ligado aos mais notaveis empreendimentos locais. Em Ribeirão Preto, onde por algum tempo exerceu a clinica, organizou o Hospital da Beneficencia Portuguesa, fundou a Escola de Pharmacia, a Escola de Odontologia e a Escola Normal.

Formou-se em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro.

Casado com d. Elza Penteado Pompeo de Camargo, deixa os seguintes filhos: Francisco, Dario, Elza, Maria e Sonia.

Dr. Antonio José de Faria Tavares. — Com a idade de 73 annos, falleceu a 3 de março, nesta capital, o dr. Antonio José de Faria Tavares, clinico aqui residente.

O extincto deixa viuva a sra. d. Deolinda Maldonado de Faria Tavares e os seguintes filhos: Irman Giselda de Jesus, da Ordem Franciscana; Elisa Magalhães, casada com o sr. Eugenio Magalhães; Mario Alves Tavares, collector estadual em Bragança, casado com d. Ursulina Tavares; d. Isaura de Campos, casada com o sr. Nicanor Furquim de Campos; Antonio José de Faria Tavares Junior, funcionario da "General Electric", casado com d. Edith Reis de Faria Tavares; e as enteadas Irman Martha de Jesus, da Ordem de São José; Beatriz Maldonado, professora do Grupo Campos Salles; d. Marietta Maldonado de Arruda Botelho, casada com o dr. Egas Muniz de Arruda Botelho. Deixa ainda, 22 netos.

O extincto, que era muito estimado nesta capital, foi director do Gymnasio Infantil de Jundiáhy, mais tarde transferido para S. Paulo. Foi medico da Light e da Associação São João Baptista, tendo sido tambem um dos fundadores da Associação das Classes Laboriosas.



A SOBERANA DAS AGUAS DE MESA

Rins, Bexiga e Apparelho Digestivo

BEBAM AGUA

MAGNESIANA CAXAMBU'

Editorial MANUEL MARIN: Provenza, 273 - BARCELONA

LAS CEFALALGIAS Y SU TRATAMIENTO

pelo Prof. Dr. E. POLLAK

Volume em 8.º, de 184 paginas, encadernação rustica. . . 5 PESETAS

DICCIONARIO MANUAL DE ANALISIS CLINICOS

por KLOS & HAHN

Volume em 8.º, de 276 paginas e 18 illustrações, encadernado em tela 9 PESETAS

ENFERMEDADES SEXUALES

LUES Y ENFERMEDADES GENITALES VENEREAS Y NO VENEREAS. — SIFILIS DE LOS ORGANOS INTERNOS

pelos Professores Dr. E. MEIROWSKY e Dr. SCHOTT

Volume em 8.º, grande, de 384 paginas e 104 illustrações.

Preço 12 PESETAS

Encadernado em tela e planchas . . 15 PESETAS

RECIENTES INNOVACIONES EN TERAPEUTICA EXPERIMENTAL. — SUERO Y QUIMIOTERAPIA

pelo Prof. A. WOLFF-EISNER

Volume em 4.º, com VIII-224 pafinas, illustrado com 48

gravuras e encadernado em tela 12 PESETAS^S

VARICES Y HEMORROIDES

SU NUEVO TRATAMIENTO

pelo Dr. V. MEISEN

Tomo de 150 paginas, muitas illustradas, com 8 laminas

em côr com encadernação rustica 10 PESETAS

LA NEURASTENIA SEXUAL

pelo Prof. Dr. A. AUSTREGESILLO

Volume em 4.º, grande, de 144 paginas, encadernação rustica. — Segunda edição

5 PESETAS

ASSICURAZIONI GENERALI DI TRIESTE E VENEZIA

COMPANHIA ITALIANA DE SEGUROS FUNDADA EM 1831

SEGURO DE VIDA:

Em todos os planos mais modernos e com as
taxas mais modicas.

SEGURO DE:

Fogo, Transportes Maritimos e Ferroviarios,
Responsabilidade Civil, Accidentes Pessoaes, Roubo.

Resumo do Balanço do anno de 1931

100.º anno de existencia

Fundo de garantia, mais de . . . Rs. 1.220.000:000\$000

Prejuizos pagos, desde a fundação,
mais de Rs. 7.619.000:000\$000

Seguros de vida em vigor, mais de Rs. 5.099.000:000\$000

Seguros de vida realizados em
1931, mais de Rs. 817.000:000\$000

Arrecadação de premios em 1931,
mais de Rs. 496.000:000\$000

Arrecadação de premios de vi-
da em 1931, mais de . . . Rs. 243.000:000\$000

O SEGURO DE VIDA

que a "Assicurazioni Generali di Trieste
e Venezia" offerece tem:

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1) As condições mais liberacs | 5) A possibilidade de ser realizado em qual-
quer moeda |
| 2) As taxas mais reduzidas | 6) A vantagem de ser liquidavel em qual-
quer pais |
| 3) As tarifas mais variadas | 7) As melhores e mais amplas garantias |
| 4) As liquidações mais rapidas | |

ANTES DE REALIZAR QUALQUER SEGURO DE VIDA,
no proprio interesse de Va. Sa., peça informações e orçamentos, que
lhes serão fornecidos, sem qualquer compromisso de sua parte, á:

Assicurazioni Generali

SUCCURSAL EM S. PAULO

RUA 15 DE NOVEMBRO, 23. PHONES: 2-4892 E 2-1583

CAIXA POSTAL, 3432

ou a qualquer dos nossos Agentes ou Representantes no Estado.

**A Grande Marca dos Antisepticos
Urinarios e Biliares**

**URASEPTINE
ROGIER**

Dissolve e Expulsa o Acido Urico

EMPREGADA COM SUCESSO
nos Hospitais e Dispensarios da Cidade de Paris,
da França, do Mundo inteiro

Amostras e Literatura com os srs.
JULIEN & ROUSSEAU
Agentes gerais para todo o Brasil
174, R. Gen. Camara — Caixa Postal, 484
RIO DE JANEIRO

HENRY ROGIER
*Antigo interno dos Hospitais de Paris ou Membro da
Sociedade de Chimica da França*
56, BOULEVARD PEREIRE, PARIS

